

CATIA MARI MATSUO

**Terapia Ocupacional e a produção de cuidado
em uma unidade de cuidados intermediários neonatais
no município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação
Área de concentração: Intervenção Social em
Terapia Ocupacional

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Maria Galheigo

São Paulo
2016

CATIA MARI MATSUO

**Terapia Ocupacional e a produção de cuidado
em uma unidade de cuidados intermediários neonatais
no município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Maria Galheigo

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pela autora

Matsuo, Catia Mari

Terapia ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo/ .Catia Mari Matsuo -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientador: Sandra Maria Galheigo.

Descritores: 1.Terapia ocupacional 2.Serviço hospitalar de terapia ocupacional
3.Recém-nascido 4.Terapia intensiva neonatal 5.Cuidados integrais de saúde
6.Humanização da assistência

USP/FM/DBD-484/16

*Ao meu esposo, Alex,
o companheiro-mor nesta jornada
para além de qualquer espaço e tempo...
Ao meu veterano, seu segundo mestrado em Ciências!*

*Às nossas famílias,
das quais se originou o prazer de estudar,
que compreenderam e apoiaram as minhas ausências,
porque eu precisava me dedicar ao mestrado...*

*Aos bebês,
que desde o início da existência lutam pela sua vida...
e para aqueles que só permanecem no coração...*

Agradecimentos

Como resultado de um projeto coletivo, agradeço por todas as pessoas que passaram pela minha vida e impulsionaram cada passo necessário para seguir esta trajetória do mestrado.

À querida e admirada orientadora, profa. Dra. Sandra Maria Galheigo, pela coautoria deste percurso desde o vir-a-ser mestranda. Ao demonstrar com gestos e compartilhar generosamente seus conhecimentos, mostrou como vivenciar a academia de uma maneira humanamente possível, numa solidariedade que transcendia os motivos acadêmicos, entre uma xícara de chá e outra.

Às professoras Eliane Dias de Castro, Erika da Silva Dittz, Eucenir Fredini Rocha pelas valiosas contribuições trazidas durante o exame de qualificação, as quais expandiram as possibilidades da construção deste trabalho.

Às professoras Marisa Takatori, Solange Tedesco, Fernanda G. Moreira, Kelsy Areco e Eli, pelos encontros pré-acadêmicos e o apoio ao ingresso do mestrado.

Às queridas Aline, Priscila, Rejane, Tâmara e Larissa, minhas irmãzinhas em mestrado, por todo o apoio e pelo enriquecimento teórico-conceitual, e existencial, pelos cuidados singulares umas com as outras e as extensas risadas.

Às queridas Mayu, Patty, Dri, Jey, Lissa, Bu e Lu; às “Surpreendentes”, Mirela, Midori e Ayu; aos queridos Jaq e Cassi, Julinda, Ti e Artur, pela amizade duradoura, mesmo que à distância.

À querida Mayuri Hassano, fiel escudeira como Sancho.

Aos bebês e famílias atendidos, pela confiança do cuidado e pelo aprimoramento profissional, pessoal e humano.

Ao Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, o Leonor, especialmente, à equipe multiprofissional, por compartilhar o cotidiano de trabalho durante os anos em que fui funcionária, e pelas colaborações nesta pesquisa.

“Gracias a la vida que me ha dado tanto”... (Mercedes Sosa)

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:
Referências: adaptação de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.
Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Folha de aprovação

Matsuo CM. **Terapia Ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof(a) Dr(a).:	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof(a) Dr(a). :	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof(a) Dr(a).:	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____
Prof(a) Dr(a). :	_____	Instituição:	_____
Julgamento:	_____	Assinatura:	_____

Sumário

I. APRESENTAÇÃO.....	1
II. NORTEADORES POLÍTICOS E TEÓRICO-CONCEITUAIS DA PESQUISA	8
2.1. POLÍTICAS DIRIGIDAS À SAÚDE MATERNA E INFANTIL E ÀS AÇÕES EM NEONATOLOGIA	8
2.1.1. Políticas de atenção à saúde materna e infantil: um recorte histórico	8
2.1.2. O Sistema Único de Saúde, os programas de saúde materna e infantil e a inserção da Terapia Ocupacional	13
2.2. APORTES TEÓRICOS E CONCEITUAIS PARA A ATUAÇÃO HUMANIZADA E INTEGRAL EM NEONATOLOGIA.....	24
2.2.1. As necessidades sociais e de saúde enquanto norteadoras do cuidado	25
2.2.2. A integralidade enquanto imagem-objetivo da atenção em saúde	30
2.2.3. A humanização do cuidado enquanto qualificação da atenção em saúde	34
III. TERAPIA OCUPACIONAL EM UNIDADES DE NEONATOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	40
3.1. METODOLOGIA DA REVISÃO DE LITERATURA	40
3.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
3.2.1. Caracterização da produção	49
3.2.2. Conteúdo dos artigos: apresentação e discussão	54
3.2.2.1. A intervenção da Terapia Ocupacional junto ao neonato	54
3.2.2.2. A intervenção da Terapia Ocupacional junto à família	57
3.2.2.3. O papel da Terapia Ocupacional em neonatologia: sínteses e diretrizes para a intervenção plena	59
3.2.2.4. Capacitação do terapeuta ocupacional para o trabalho em neonatologia	60
3.2.3. Considerações finais da revisão integrativa da literatura	61
IV. OBJETIVOS	63
V. METODOLOGIA	64
VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
6.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO: O HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS, A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS COMUM E O SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL	75
6.1.1. Caracterização do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	75
6.1.2. Caracterização da Unidade de Cuidados Intermediários Comum	77
6.1.3. Caracterização do serviço e o cotidiano de atendimento de Terapia Ocupacional no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	79
6.1.3.1. Aspectos históricos	79
6.1.3.2. Funcionamento do Setor de Terapia Ocupacional no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	80

6.1.3.3. Cotidiano de trabalho da Terapia Ocupacional na Unidade de Cuidados Intermediários Comum	84
6.1.3.4. A atuação do terapeuta ocupacional junto ao neonato em uma UCINCo: descrição de um atendimento	97
6.1.4. Percepções dos profissionais de saúde acerca do papel da Terapia Ocupacional no HMLMB	105
6.1.4.1. Atuação do terapeuta ocupacional junto ao neonato	107
6.1.4.2. A atuação do terapeuta ocupacional junto à mãe e à família dos neonatos	110
6.1.4.3. Necessidades de ampliação do Serviço de Terapia Ocupacional	112
6.1.4.4. (Re) conhecimentos, desconhecimentos ou mal-entendidos sobre o papel do terapeuta ocupacional na unidade neonatal	115
6.1.5. Experiências de uma terapeuta ocupacional-pesquisadora em uma UCINCo: uma discussão baseada no estudo de cenário, nas entrevistas com os profissionais e nos recortes do diário de campo	120
6.2. A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL JUNTO A NEONATOS NA UCINCo: PROPOSTA DE MODELO INTEGRATIVO EM DIÁLOGO COM TRÊS HISTÓRIAS DE COMPLEXIDADES DISTINTAS	134
6.2.1. Uma proposta de modelo integrativo de atenção da Terapia Ocupacional com neonatos hospitalizados em uma UCINCo, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado	135
6.2.2. Três histórias: um diálogo sobre as necessidades, projetos terapêuticos e ações da Terapia Ocupacional em uma perspectiva de cuidado e projeto terapêutico	147
6.2.2.1. Daniel: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico	147
6.2.2.2. Lúcio: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico.....	152
6.2.2.3. João: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico	159
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
VIII. ANEXOS	
ANEXO A: Carta de aceite para realização da pesquisa no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros	171
ANEXO B: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP	172
ANEXO C: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HMLMB	173
ANEXO D: Roteiros semiestruturados das entrevistas com profissionais da equipe multiprofissional e gestora	174
ANEXO E: Termo de consentimento livre e esclarecido aplicado à equipe multiprofissional.....	175
ANEXO F: Roteiro de observação sistemática do campo	178
ANEXO G: Ficha de avaliação da Terapia Ocupacional na UCINCo do HMLMB	179
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AC	Alojamento conjunto
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
AIS	Ações Integradas de Saúde
AME	Aleitamento materno exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
BP	Baixo peso
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CPN	Centro de Parto Normal
DAMI	Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DINSAM	Divisão de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNS	Departamento Nacional de Saúde
EBP	Extremo baixo peso
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMLMB	Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização do SUS
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHI	Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IRA	Programa de Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MBP	Muito baixo peso
NAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NOB	Normas Operacionais Básicas
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PACD	Programa de Acompanhamento ao Crescimento e Desenvolvimento
PAISC	Programa de Assistência Integral à Criança
PAISM	Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher
PAS	Plano de Atenção à Saúde
PIAM	Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e Orientações para o Desmame
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPHN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RN	Recém-nascido

RNPT	Recém-nascido pré-termo
ROP	Retinopatia da prematuridade
SAMU	Serviço de Ambulância Móvel Unificado
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SM	Seio materno
SMLD	Seio materno livre demanda
SNN	Sucção não nutritiva
SNPES/MS	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TANU	Triagem auditiva neonatal universal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
TRO	Programa de Assistência e Controle das Doenças Diarreicas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Países de afiliação e periódicos estrangeiros	50
Tabela 2	Número de publicações em periódicos brasileiros (1986 a 2016)	50
Tabela 3	Número de pacientes e atendimentos individuais realizados (julho de 2013 a junho de 2014)	83
Tabela 4	Número de pacientes e atendimentos realizados em grupo (julho de 2013 a junho de 2014)	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da seleção de artigos e outras produções para a revisão integrativa de literatura	44
Figura 2	Comparação entre número de publicações por países no período de 1986 a 2016.	49
Figura 3	Distribuição da produção das três maiores pesquisadoras em neonatologia brasileiras no período de 1986 a 2016.	51
Figura 4	Categorização por tipo de produção dividido por países de afiliação dos autores (1986 a 2016)	52
Figura 5	Distribuição dos tipos de produção das três maiores pesquisadoras de neonatologia brasileiras (1986 a 2016)	53
Figura 6	Categorização da produção por temas por país de afiliação dos autores (1986 a 2016)	53
Figura 7	Número de pacientes atendidos, atendimentos realizados e procedimentos realizados por mês na UCINCo (julho de 2013 a junho de 2014).	91
Figura 8	Distribuição dos procedimentos realizados na UCINCo, a partir da análise da estatística do setor de TO (julho de 2013 a junho)	92
Figura 9	Proposta de atuação da Terapia Ocupacional em uma UCINCo: um modelo integrativo da Terapia Ocupacional junto a neonatos hospitalizados, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características descritivas dos artigos incluídos na revisão da literatura: terapia ocupacional e neonatologia (1986-2014)	45
Quadro 2	Uma semana típica de trabalho da terapeuta ocupacional no HMLMB	80
Quadro 3	Caracterização da clientela da UCINCo, a partir da observação sistemática	85
Quadro 4	Caracterização do atendimento do setor de Terapia Ocupacional na UCINCo, conforme análise de prontuários do setor	86
Quadro 5	Caracterização do trabalho em equipe, a partir de análise documental do setor de Terapia Ocupacional e da semana típica de trabalho	94
Quadro 6	Profissionais entrevistados renomeados	105
Quadro 7	Percepções da equipe sobre o trabalho da TO na UCINCo	106

RESUMO

Matsuo CM. Terapia ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

A atenção da Terapia Ocupacional em unidades neonatais é um campo ainda em expansão. Apesar de a prática existir no Brasil há mais de três décadas, o terapeuta ocupacional ainda não é reconhecido como membro da equipe essencial das unidades neonatais. A produção científica nacional na área é incipiente e dialoga pouco com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O objetivo desta pesquisa é estudar sobre a atuação da Terapia Ocupacional em uma unidade de cuidados intermediários neonatais comum (UCINCo) e realizar apontamentos e proposições para uma atenção baseada na integralidade e humanização do cuidado. Trata-se de estudo qualitativo com delineamento de estudo de caso sobre a intervenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCo de maternidade pública no município de São Paulo. O estudo compreende três etapas que fazem uso de recursos metodológicos distintos, a saber: (i) Caracterização do hospital, da UCINCo e do Serviço de Terapia Ocupacional, por meio de análise documental, observação sistemática e diário de campo reflexivo; (ii) Estudo de percepções dos profissionais de saúde acerca do papel do terapeuta ocupacional na UCINCo, mediante entrevistas semiestruturadas; (iii) Estudo da atenção da Terapia Ocupacional junto aos bebês e suas famílias, a partir de três estudos de casos com necessidades de cuidado de complexidades distintas, por análise documental de prontuários. Os marcos teóricos do Estudo de Caso foram provenientes da Saúde Coletiva e de revisão integrativa de literatura da Terapia Ocupacional em neonatologia. Os resultados foram redigidos em duas etapas: apresentação e discussão do trabalho de campo, acrescido de uma reflexão sobre a prática, correlacionando seus desafios, potências e obstáculos; apresentação de modelo integrativo para a atenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCo, a partir da leitura das necessidades de cuidado e de construção de projeto terapêutico singular de três neonatos com condições sociais e de saúde de complexidades distintas. O modelo integrativo proposto é constituído por três eixos, que se articulam entre si para atender as necessidades sociais e de saúde de neonatos hospitalizados e de suas famílias, e que se situa na interface entre o contexto hospitalar e o social. O primeiro eixo tem como foco o cuidado do neonato hospitalizado, via favorecimento da auto-organização, do desenvolvimento global e da ambiência. No segundo eixo, a atenção é dirigida a mãe/família do neonato enquanto foco e mediadora do cuidado, por meio de escuta, acolhimento, intervenção e orientação para os cuidados do bebê. O terceiro se refere à construção da rede de atenção à saúde na internação e para o pós-alta. O estudo pretendeu, deste modo, estudar

a prática da Terapia Ocupacional em uma UCINCo e sistematizar a produção do cuidado oferecida, a partir de uma perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado em diálogo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Descritores: terapia ocupacional; serviço hospitalar de terapia ocupacional; recém-nascido; terapia intensiva neonatal; cuidados integrais de saúde; humanização da assistência

Matsuo CM. *Occupational therapy and the production of care in a special care neonatal unit in the city of São Paulo*. [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2016.

The practice of Occupational Therapy in neonatal units is a field still expanding. Although a practice has existed in Brazil for more than three decades, the occupational therapist is still not recognized as a member of the essential team of neonatal units. The Brazilian scientific production in the field is still incipient and dialogues a little with the principles and guidelines of the Unified Health System. The objective of this research is to study the Occupational Therapy practice in special care neonatal unit (SCNU) and to carry out notes and proposals for comprehensive and humanized care. This is a qualitative study with a case study design on an Occupational Therapy intervention in a public maternity hospital in the city of São Paulo. The study comprises three stages that make use of different methodological resources, namely: (i) Characterization of the hospital, the SCNU and the Occupational Therapy Service, through documentary analysis, systematic observation and reflexive journal; (ii) Study of the perception of health professionals about the role of occupational therapist in the SCNU, by means of semi-structured interviews; (iii) Study of the Occupational Therapy practice with babies and their families, based on three case studies with health needs of different complexities, by documentary analysis of medical records. The theoretical frameworks guiding the case study derived from Collective Health and the integrative literature review on Neonatal Occupational Therapy. The results were written in two stages: presentation and discussion of the field work, plus a reflection on a practice, correlating its challenges, potentials and obstacles; presentation of an integrative model for Occupational Therapy practice in a SCNU, from the understanding of the care needs and the construction of a unique therapeutic project for three neonates with different social and health complexity conditions. The proposed integrative model consists of three axes that articulate each other to meet the social and health needs of hospitalized neonates and their families, situated at the interface between the hospital and social contexts. The first axis focuses the care of the hospitalized neonate, via promoting self-organization, development, and environment adjustments. The second axis focuses on issues regarding the mother / family of the neonate, seen as either as subject or mediators of care, to whom listening, holding, intervention and guidance for the care of the baby are offered. Axis 3 concentrates the construction of the healthcare network during hospitalization and post-discharge. The purpose of this study was to systematize a production of Occupational Therapy care in neonatal units, from a perspective of comprehensive and humanized care in a dialogue with the principles and guidelines of the Unified Health System.

Descriptors: occupational therapy; occupational therapy department, hospital; newborn; intensive care, neonatal; comprehensive health care; humanization of assistance.

Existem muitos momentos de iniciação conjunta e criação mútua. Eles são a "essência do estar com outra pessoa", que constitui os vínculos do apego. Muito do apego consiste das memórias e modelos mentais que acontecem entre você e esta outra pessoa: como você se sente com ela. O que ela pode fazer você experimentar que outras não podem. O que você pode se permitir fazer ou sentir ou desejar ou ousar - mas, apenas, na presença desta pessoa. O que você pode conquistar do ouvido ou olhos da outra pessoa como alimento (Stern, 1991, p. 63).

I. APRESENTAÇÃO

Trabalhar em uma maternidade, para olhares leigos ou superficiais, pode transmitir uma ideia de tranquilidade e trazer a visão de que se está em um ambiente envolvido pela alegria do nascer, do dar à luz a vida e propício para receber um novo membro da sociedade. Porém, a realidade de uma maternidade pública que atende gestantes de alto risco é permeada por expectativas, inquietações, ansiedades vividas por muitas mulheres (Shimizu et al., 2011). O sofrimento materno ocorre na ambivalência dos sentimentos em relação ao nascimento do filho, pelo desejo que a criança seja saudável e pelo temor do nascimento de um bebê doente ou com malformação (Dittz et al., 2006). O cotidiano destas mulheres é atravessado por angústias diante do risco da perda ou da vivência de uma gestação desejada que é interrompida por um parto prematuro, um aborto ou óbito fetal, por uma gestação conscientemente não planejada e/ou indesejada com a qual não se sabe como lidar, e ainda, pela situação de vulnerabilidade física, psíquica e social em que muitas dessas mulheres se encontram (Shimizu et al., 2011).

Uma importante ruptura ocorre, além da separação concreta do cordão umbilical pelo nascimento do bebê: a puérpera, mulher que acabou de dar à luz, recebe a alta hospitalar, mas seu bebê permanece internado. Na fragilidade emocional da separação à dor física decorrente do parto, estas mulheres que retornaram a sua casa levam consigo o vazio do ventre e a intermitente preocupação com o bebê que deixaram no hospital.

Os bebês, separados de suas mães logo após o nascimento, podem experimentar essa ausência prolongada de maneira ainda mais intensa. Alguns dos neonatos são imediatamente encaminhados da sala de parto para a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou para a unidade de cuidados intermediários neonatais comum (UCINCo) para que uma equipe especializada dê continuidade ao atendimento do recém-nascido (RN).

Daí se inicia uma nova rotina em que, embora busque responder às necessidades de sobrevivência do RN, não permite, na maior parte das vezes, que se faça a transição entre a vida intrauterina e a imersão no ar ambiente de maneira tranquila, especialmente na descoberta das sensações físicas que se misturam com

a de desamparo e desalento pela ausência materna prolongada. Diariamente, a existência imprime marcas na pele, nos sentidos e no vir-a-ser deste bebê.

O nascimento prematuro de um bebê traz consigo necessidades de saúde específicas. Em sua tese de doutorado, Meyerhof (1996) discute sobre a especificidade do organismo de um bebê pré-termo, o modo como ele funciona e que a questão da sua sobrevivência se tornou possível devido aos avanços do campo da neonatologia. Há um importante risco de que este neonato venha a ter consequências no desenvolvimento neurológico subsequente (Brazelton, 1984), sendo que, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, cerca de 25% dos bebês que requerem assistência neonatal intensiva são estimados como tendo alto risco em relação a comprometimentos neurológicos ou atraso de desenvolvimento (Als, 1986). Drillien et al.(1980) apontam que metade dos neonatos pré-termo e pequenos para a idade gestacional teriam alguma dificuldade na aprendizagem.

Os neonatos internados na unidade neonatal podem receber a visita dos pais e este contato é encorajado. É o momento em que alguns dos genitores “marinheiros de primeira viagem” experimentam a construção do papel parental e se apropriam dos cuidados do seu bebê. Mesmo aqueles que já tiveram outros filhos e que não precisaram permanecer internados após o nascimento, sofrem uma importante ruptura do cotidiano familiar, pois é sabido que a separação prolongada entre mãe e bebê e o período de internação hospitalar prolongada do RN na unidade neonatal, especialmente na UTIN, pode acarretar dificuldades para que se estabeleça o vínculo afetivo da mãe com seu bebê (Arbaitman, 1995). Ao mesmo tempo, não poder aconchegar o bebê no colo pode ser uma experiência muito frustrante para a mãe (Gurgel; Rolim, 2005).

Na primeira visita nas unidades neonatais, o ambiente de uma UTIN, por exemplo, pode parecer ameaçador aos pais. Porém, se as equipes multiprofissionais dos setores criarem mecanismos para o acolhimento dos genitores, existe maior possibilidade de amparo, especialmente para a puérpera, a qual, muitas vezes, também está convalescendo do parto (Gurgel; Rolim, 2005).

O nascimento de um filho prematuro ou a sua hospitalização podem provocar uma ruptura do cotidiano familiar, o que se configura como uma situação de crise

(Gurgel; Rolim, 2005; Baldini; Krebs, 2010). Ainda sobre a UTIN, a rotina de serviço do setor é complexa e é rodeada de aparatos tecnológicos, o modo como são dadas as notícias da evolução clínica do paciente, a presença dos pais permeados por emoções e dúvidas (Moreira et al., 2003). Se este filho estiver em estado grave, necessitando usar aparelhos que intermedeiem o tênue equilíbrio da vida, essa condição pode se constituir numa barreira para aproximação dos pais.

Alojar ou não a mãe e o bebê juntos, permitir ou suspender a amamentação são dilemas que surgem na emergência do pronto atendimento do hospital, quando o assunto em pauta é o filho da mãe usuária de álcool e outras drogas. Algumas gestantes chegam ao pronto atendimento da maternidade em período expulsivo, quando o bebê já está nascendo, resgatadas da rua e trazidas de ambulância, ainda intoxicadas, sem documentação e sem ter realizado acompanhamento pré-natal em alguma unidade de saúde. Trazem consigo histórias de gestações anteriores, cujos filhos estão sob a guarda de outros parentes ou ainda tutelados pela Vara da Infância e da Juventude, marcas de violência física de heteroagressões ou, inclusive, autoagressões, de privação ambiental e experiências de abandono e, por vezes, desprovidas de qualquer proteção social.

Nascem, nestes casos, neonatos que experimentam outro tipo de ruptura materna abrupta. Desde sua gestação, há bebês que foram invadidos por substâncias (álcool, tabaco e outras drogas ilícitas) que modelaram o funcionamento orgânico, especificamente o do cérebro, na presença daquelas moléculas. Se há uso recente dessas substâncias, os bebês nascem com os sintomas da intoxicação que se somam à adaptação ao meio vital à síndrome de abstinência. Na ausência de apoio familiar, alguns dos casos destes bebês acabam sendo encaminhados à Vara da Infância e da Juventude e podem ter um tempo de internação prolongado e indeterminado, por motivos que vão além da questão clínica de saúde. A questão do uso de drogas dos pais deixou de ser um fator determinante para a perda do poder pátrio dos genitores. Contanto que haja retaguarda familiar, participação destes pais nos cuidados ainda durante a internação do bebê e a reestruturação do cotidiano de autocuidado destes responsáveis, após a alta hospitalar, o recém-nascido pode ir para casa com a sua família ou para um abrigo provisoriamente.

Há também casos de bebês sindrômicos ou que sofreram alguma intercorrência no momento do parto, cujo retorno ao lar é adiado pela necessidade de cuidados complexos, que muitas vezes não podem ser realizados sem o suporte de um cuidado domiciliar. Estes neonatos virão a apresentar a necessidade de cuidados intensivos contínuos e longa permanência no âmbito hospitalar, podendo ficar no hospital desde o seu nascimento por até anos, se tiverem nascido em uma maternidade com ala pediátrica. Caso contrário, permanecerão na unidade até que se consiga uma vaga nos hospitais de retaguarda para casos crônicos, muitas vezes localizados distantes do domicílio dos pais. Em estudo comparativo de entrevista de mães cujas crianças aos 24 meses de vida possuíam ou não de alguma doença crônica, verificou-se que a experiência da maternidade foi afetada pela presença da doença crônica da criança, especialmente quanto ao sofrimento vivido pelas genitoras com relação a sentimentos ambivalentes em relação a seus filhos. Os resultados apontam que ações preventivas poderiam minimizar as consequências negativas desta vivência e favorecer o bem-estar familiar (Castro; Piccinini, 2004).

Trabalhar com bebês e suas famílias requer que o terapeuta ocupacional desenvolva uma escuta aguçada, um olhar cada vez mais capaz de capturar as sutilezas da linguagem não verbal e realizar a leitura das ações. Esta leitura permite a localização das rupturas e, conjuntamente com os pacientes, o mapeamento de seu cotidiano e a exploração de novas configurações existenciais. A construção do olhar e da escuta vêm do acúmulo de experiência na prática profissional. Ainda mais na atuação da Terapia Ocupacional em neonatologia, pouco ensinada na graduação e com baixa oferta de cursos de especialização que possam ser conciliados com a rotina de trabalho em uma instituição.

Trabalhar em uma maternidade pública implica também em enfrentar outros desafios que remetem à inserção do terapeuta ocupacional no quadro funcional institucional. A entrada do terapeuta ocupacional no serviço público pode ser resultante de processo seletivo específico para atuar na vaga para a qual o candidato foi chamado ou de um processo seletivo geral que atribui a vaga conforme lista de aprovados, independente da área específica de interesse e formação do candidato. Há dez anos, quando iniciei meu trabalho no serviço público, era permitido contratar profissionais em caráter emergencial com duração de um ano. Durante o período de vigência do concurso, era possível que profissionais classificados participassem de

outras anuências para assumir vagas permanentes em outros serviços. Nestes casos, sendo servidora na Secretaria de Estado da Saúde, foi possível pedir a permuta de vagas e pedi a transferência para o Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB).

Existem muitas diferenças entre assumir uma contratação por um ano ou a efetiva em um concurso público. Dentre elas, o que chama a atenção é que a emergencial serve para cobrir o desfalque no quadro de profissionais e pode ser interrompida a qualquer momento, sem a renovação do contrato. Por outro lado, fazer parte do quadro permanente de funcionários implica na possibilidade de construção de um plano de trabalho mais estruturado para o serviço, de modo a demarcar o campo na sua especificidade de atenção, a sua importância e impacto sobre as problemáticas atendidas na instituição, além da acumulação de capital simbólico (Galheigo; Tessuto, 2010), resultante da valorização profissional.

Quando assumi trabalhar no hospital maternidade não tinha muita profundidade no conhecimento específico da área e total clareza sobre o que fazer. A construção enquanto terapeuta ocupacional neste campo implicou na necessidade de um aprofundamento teórico-metodológico e no desenvolvimento do meu próprio olhar sobre a atenção em neonatologia. Embora houvesse registros dos atendimentos deixados pelas terapeutas ocupacionais que trabalharam anteriormente no HMLMB (Obana; Oshiro, 2002), que se propunham a despertar reflexões dentro da equipe e delinear como havia sido a sua atuação no setor, o campo de trabalho estava desativado, porque o hospital ficou com a vaga de terapeuta ocupacional não preenchida por quase quatro anos.

A apropriação do conhecimento e a experimentação da prática neste hospital maternidade por mim vivenciadas foram graduais. O percurso teórico-metodológico do trabalho em neonatologia foi construído revisitando as referências bibliográficas de Terapia Ocupacional em neonatologia, pediatria e gineco-obstetrícia para aproximação das questões específicas da saúde da mulher e do recém-nascido. A partir da imersão nos andares do hospital, foi possível conhecer os espaços físicos, a população atendida e as necessidades que os pacientes e suas famílias traziam. Os atendimentos ocorriam a partir dos encontros com os pacientes e a evolução no

prontuário chamava a atenção de alguns profissionais da equipe, que vinham discutir o caso para compreender as condutas da terapia ocupacional.

Quando o campo de atuação da Terapia Ocupacional nesta instituição foi delimitado dentro da unidade neonatal, os desafios que surgiam implicaram no aprofundamento teórico e técnico para responder às demandas diferenciadas trazidas pelos bebês e suas famílias. A solução encontrada para aproximar o olhar para a leitura destas necessidades foi levar os casos que atendia para supervisão externa com uma terapeuta ocupacional especialista. Deste modo, foi possível dirigir melhor a escuta à população-alvo e aprimorar o manejo dos projetos terapêuticos.

Durante os oito anos em que trabalhei no HMLMB, a constituição do trabalho da Terapia Ocupacional neste percurso se mostrou interessante. As necessidades dos bebês e das suas famílias vinham à tona e o plano de cuidado era planejado com a participação do usuário. Porém, em uma instituição procedimento-centrada, como usualmente são os hospitais, essa abordagem pode ser, por vezes, incompreendida, passando-se por pouco objetiva e desorganizada. Esta falta de compreensão advém de uma visão de que no hospital não há espaço para se elaborar projeto terapêutico singular (PTS) (Brasil, 2007b) e que a organização do serviço deve buscar otimizar o oferecimento de um número elevado de procedimentos/dia por profissional. Indo além, também resulta de um mal-entendido que atribui à perspectiva usuário-centrada uma recusa ao oferecimento de procedimentos técnicos necessários para o restabelecimento do sujeito, quando de fato, o que acontece é que nesta perspectiva o projeto terapêutico parte de uma leitura mais complexa das necessidades da população atendida frente ao estabelecimento das prioridades de tratamento.

A vivência de trabalho em uma instituição na qual grande parte da equipe não possuía clareza do papel do terapeuta ocupacional e onde não havia sua valoração profissional, mostrou-se também extremamente desafiadora. Ainda, ser a única terapeuta ocupacional de um hospital maternidade de 115 leitos exigiu não só definir o trabalho que seria realizado, mas, depois da leitura do entorno, definir as prioridades do serviço. Se a produtividade costumava ser contada como a medida da necessidade de ampliação do serviço, era ônus do profissional realizar um trabalho consistente, fundamentado, com cobertura a um grande número de pacientes de forma a dar visibilidade ao setor. Esta situação foi agravada pela falta de conhecimento do gestor

acerca de Terapia Ocupacional, o que levava à necessidade de se reiterar cotidianamente os resultados obtidos com as intervenções realizadas.

Frente a esse contexto fui construindo o que eu entendia como atenção do terapeuta ocupacional em neonatologia. Conforme se ampliava a apropriação do campo construído de forma tão artesanal, fui aprofundando as reflexões sobre o meu papel profissional. Sentia falta de elementos que fundamentassem a minha prática profissional cotidiana e intensificou-se em mim o desejo da sistematização do trabalho para pensar o cuidado da Terapia Ocupacional na neonatologia, buscando identificar a prática específica do terapeuta ocupacional e a prática compartilhada com os demais profissionais da saúde no âmbito de uma UCINCo.

O mestrado foi a alternativa escolhida, também pelo interesse na vida acadêmica, para sistematizar a atuação em uma UCINCo a luz dos princípios e regulamentações do Sistema Único de Saúde que cada vez mais incorporavam a humanização e a integralidade do cuidado como pauta da atenção ao neonato de baixo peso (Brasil, 2002a; 2011a) e das orientações para os serviços de neonatologia (Brasil, 2012a; 2013b). Há necessidade de melhor se articular a fundamentação teórica, as reflexões sobre a prática e as ações propriamente ditas da Terapia Ocupacional na Neonatologia, de forma a atender as especificidades da população-alvo a quem se dirige o cuidado.

Esta pesquisa, mediante um estudo de caso da unidade de cuidados intermediários neonatais convencionais do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, localizado no município de São Paulo, à qual estive vinculada por oito anos, pretende fazer a descrição e a reflexão crítica do trabalho realizado pelo terapeuta ocupacional em uma UCIN ao mesmo tempo em que, neste cenário, busca realizar apontamentos para a atuação da Terapia Ocupacional junto, tanto ao neonato pré-termo, de risco e com outros agravos de saúde, quanto com a sua família, na perspectiva da integralidade e humanização do cuidado.

II. NORTEADORES POLÍTICOS E TEÓRICO-CONCEITUAIS DA PESQUISA

2.1. POLÍTICAS DIRIGIDAS À SAÚDE MATERNA E INFANTIL E ÀS AÇÕES EM NEONATOLOGIA

2.1.1. Políticas de atenção à saúde materna e infantil: um recorte histórico

Os cuidados especiais para neonatos pré-termo ou de risco começaram no Brasil no início do século XX, quando foram introduzidas as primeiras incubadoras em 1903 e foi criada a Policlínica das Crianças, mantida pela Santa Casa de Misericórdia em 1910, sob a direção do médico Antônio Fernandes Figueira (Oliveira; Rodrigues, 2005). Buscava-se, assim, reverter a alta taxa de natimortalidade brasileira, considerada uma das mais altas entre os países, à época, denominados de subdesenvolvidos (Oliveira; Rodrigues, 2005).

Ao longo do século, a sobrevida entre os recém-nascidos, submetidos a terapias intensivas, especialmente os prematuros com pouca idade gestacional e considerados de risco, foi aumentando devido aos avanços técnicos e tecnológicos em neonatologia. A partir do momento em que os índices de mortalidade infantil começaram a se reduzir, ampliou-se a preocupação acerca da qualidade de vida e da futura integração destes neonatos na vida social (Formiga et al., 2004).

O processo de institucionalização da proteção materno-infantil no Brasil, segundo Tyrrell e Carvalho (1995) ocorreu em três fases: no período de 1920 a 40, ficou sob responsabilidade da Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância (IHI) e, mais tarde pela Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (DAMI); no período de 1940 a 70, ficou sob incumbência do Departamento Nacional da Criança (DNCr) e, posteriormente sob a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI); e no período de 1970-85, sob a Coordenação de Proteção Materno-Infantil e a seguir sob a Divisão de Saúde Materno-Infantil (CPMI/DINSAMI).

Assim, como afirma Nagahama e Santiago:

(...) o papel do Estado limitou-se a definir programas de caráter vertical com várias denominações, que mudavam conforme as propostas programáticas e que, desta forma, os aspectos de saúde materno-infantil apresentaram-se abordados somente na dimensão biológica, funcionalista e delimitada essencialmente por cuidados médicos (Nagahama; Santiago, 2010; p. 652)

Na década de 1920, as ações de saúde eram, sobretudo, sanitárias. As principais cidades brasileiras sofriam com diversas epidemias e a polícia participava das medidas de combate às doenças infectocontagiosas com o objetivo de obrigar a população a aderir às medidas sanitaristas. A assistência à saúde individual era realizada de maneira privada (por médicos de família ou nos consultórios particulares) ou filantrópica (pelas Santas Casas de Misericórdia). Havia ainda uma terceira categoria, que não era regulamentada pelo governo, sob a administração de grupos privados, que realizava cuidados aos “especiais”, ou seja, atuavam na proteção de crianças abandonadas, mães solteiras, mendigos, prostitutas e pessoas com deficiência (Tyrrel; Carvalho, 1995).

A partir dos anos 1930 observou-se uma aceleração do processo de urbanização, com ampliação da massa de trabalhadores que viviam em condições precárias de higiene, saúde e habitação, ao mesmo tempo em que havia acumulação de capital industrial decorrente da economia em expansão. A organização dos serviços de saúde nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) fundou a assistência médica previdenciária. Embora o panorama social demandasse políticas capazes de responder à precariedade da saúde, somente a partir do Estado Novo, com a estruturação dos departamentos estaduais de saúde, que se ampliou a rede pública de centros e de postos de saúde e, no plano da medicina curativa, instalou hospitais gerais, sanatórios para tuberculose e leprosários; porém, seu acesso permanecia desigual (Lima; Pinto, 2003).

O Departamento Nacional da Criança (DNCr) foi o primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil. Criado na década de 1940, visava “integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, públicos e privados, com os programas de saúde pública em geral” (Nagahama; Santiago, 2010; p. 652). O cuidado era dirigido à fase de gravidez e amamentação, não havia a preocupação em se disciplinar a reprodução e a mortalidade infantil era combatida para garantir a construção de “uma nação forte, sadia e progressista” (Nagahama; Santiago, 2010; p. 652).

O Ministério da Saúde (MS), que foi instituído com a Lei nº 1920, de 25 de julho de 1953, passou a se encarregar das atividades que eram de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que não era suficiente para atender aos importantes problemas de saúde pública da época (Lima; Pinto, 2003). Os programas definidos para a saúde após a criação do MS deste período tinham como principal alvo a maternidade com ênfase na proteção ao neonato (Tyrrell; Carvalho, 1995). A ênfase na puericultura voltada para as camadas mais pobres como garantia de mão de obra futura para o país, começou a perder a importância no início dos anos 1960 e o MS passou a priorizar o combate as moléstias endêmicas nas áreas rurais do país (Nagahama; Santiago, 2010).

Após 1964, os cuidados com o grupo materno-infantil foram retomados no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno Infantil (Brasil, 1971), no qual se previam programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle de crianças de zero a quatro anos de idade e estímulo ao aleitamento materno e nutrição (Nagahama; Santiago, 2010).

Progressivamente, os ex-institutos foram unificados e extintos e, em 1966 suas estruturas foram fundidas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uma autarquia federal. Em 1977 tornou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que integrou a concessão e a manutenção de benefícios, a prestação de serviços, o custeio de atividade e a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência social (Romero, 2013).

A Previdência Social criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974, um sistema de saúde de base corporativa e estatal, o qual restringia o atendimento aos trabalhadores com carteira assinada (Figueiredo Neto et al., 2010). As Classes Corporativas e o Ministério da Previdência Social concentravam quase a totalidade dos recursos destinados ao setor da saúde, privilegiando a assistência médica individual e curativa, restrita às categorias que adquiriram densidade político social, em detrimento da assistência coletiva e preventiva que era responsabilidade do Ministério da Saúde (Tyrrell; Carvalho, 1995).

O ano de 1975, definido pela Organização das Nações Unidas como o “Ano Internacional da Mulher” e o decênio de 1975-85 como a “Década da Mulher” são marcos importantes para o fomento à política materno-infantil. No Brasil, foi lançado o Programa de Saúde Materno-Infantil (Brasil, 1975) que se fundamentava no princípio de proteção dos membros mais vulneráveis da sociedade, no caso, as gestantes e as crianças, pessoas essenciais ao desenvolvimento socioeconômico do país. As atividades do MS dentro deste programa deveriam atingir o grupo familiar como um todo, fortalecendo sua estrutura e capacidade de atuação como agente de saúde. Esperava-se que as ações educativas formais e informais integrassem a complexidade das características culturais, de tradições e práticas locais, que, ao serem identificadas, deveriam ser reforçadas ou reorientadas (Brasil, 1975).

Tyrrell e Carvalho (1995) ainda identificaram duas questões fundamentais perpetuadas nas bases programáticas das versões posteriores definitivas neste período: a verticalidade das metas e normas do programa nem sempre correspondiam às condições e necessidades da população-alvo e, os instrumentos de operacionalização do programa requeriam informações indisponíveis aos funcionários executores do mesmo, assim como demandavam recursos financeiros inacessíveis às Secretarias Estaduais de Saúde.

Em relação ao perfil epidemiológico da população nos anos 1970, havia grande taxa de mortalidade infantil no Brasil nos cinco primeiros anos de vida e que deveria ser reduzida pelo desenvolvimento econômico e pelas boas condições de vida, e não por um controle de natalidade com limitação do número de filhos e por medidas contraceptivas massivas na população. A discussão entre os grupos favoráveis ou contrários ao controle de natalidade se dava pela relação causal de que a alta taxa de nascimentos geraria fome ou pelo contrário, a queda da natalidade implicaria em manutenção da dependência econômica e tecnológica de outros países mais desenvolvidos (Tyrrell; Carvalho, 1995).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surgiu no início da década de 1970 como forma de oposição às políticas desenvolvidas durante o regime militar, com o envolvimento de trabalhadores da saúde e da população, questionando práticas profissionais e emprego de recursos, já que o Estado comprava o serviço de saúde de hospitais privados, porém, inadequados por não haver um órgão central que

fiscalizasse a qualidade do serviço prestado. O ponto de mudança da reforma sanitária brasileira se deu com a extinção total do INAMPS em 1993 (Santos Neto et al., 2008).

Nos anos 1980, a assistência materno-infantil foi incluída na pasta da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES/MS), porém ainda delimitando a assistência à mulher em idade fértil e à criança por faixa etária. Embora os serviços básicos de saúde tivessem caráter permanente não contavam com as disposições para sua operacionalização (Tyrrell; Carvalho, 1995). A prática das políticas de saúde materno-infantil levou à ampliação do acesso ao saneamento básico, campanha de vacinação, programa de terapia de reidratação oral, o que levou a um importante declínio da curva da mortalidade infantil (Cabral; Aguiar, 2003)

Dois anos depois foi lançado o Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 1983), o qual trouxe uma abordagem específica à mulher, isolando-a do Programa de Assistência Integral à Criança, o PAISC (Brasil, 1984).

O PAISC descrevia diretrizes fundamentais no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, para que se canalizassem recursos para solução de problemas de saúde mais prevalentes entre crianças menores de cinco anos de idade. As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram definidas e posteriormente transformadas em cinco Programas: o Nacional de Imunização (PNI); o de Incentivo ao Aleitamento Materno e Orientações para o Desmame (PIAM); o de Acompanhamento ao Crescimento e Desenvolvimento (PVCD); e de Assistência e Controle das Doenças Diarreicas (TRO); e o de Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) (Brasil, 1984). Estes cinco programas colaboraram significativamente para diminuição da mortalidade infantil a partir de intervenção em causas de mortes evitáveis e trouxe mudança dos determinantes dos fatores de mortalidade infantil, dando visibilidade aos novos fatores, como as malformações congênicas e a prematuridade (Cabral; Aguiar, 2003).

Na implantação da “Nova República” e da Assembleia Constituinte, momento decisivo de profundas alterações político-administrativas, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 1986). Foi a primeira conferência de saúde aberta à sociedade o que a tornou peça chave para a propagação do movimento da Reforma

Sanitária iniciado na década anterior. Esta conferência permitiu o levantamento de propostas para elaboração do sistema de saúde, com reflexos expressivos nos conceitos de saúde e na prática dos cuidados oferecidos à população (Brasil, 1986).

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, com a finalidade de realizar a transição da atenção à saúde de forma progressiva à estatização. Esta questão culminou na discussão entre a separação entre a “Saúde” e a “Previdência Social”, destinando recursos que até então eram gastos com o INAMPS para o novo órgão, diminuindo os repasses conforme se formasse um orçamento próprio para a saúde. A partir desta Conferência foi possível formar as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988). Nela foi inserida a cobertura universal dos serviços de saúde, descentralização em favor do município para que assuma forma de núcleo gestor do seu sistema de saúde, incorpore e apresente maior resolubilidade, incluindo sistematicamente a participação popular nas decisões sobre destino de recursos e avaliação da qualidade dos serviços (Brasil, 1986).

A Constituição Federal promulgada em 1988 (Brasil, 1988) veio a assegurar às mulheres trabalhadoras direitos adquiridos em CLT: licença maternidade remunerada à gestante e puérpera, licença paternidade, assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até os seis anos de idade em creches e escolas, a proteção especial à gestante e ao planejamento familiar, direito à amamentação do bebê, creche. As mulheres em situação de cárcere passam a ter direito de permanecer com os bebês durante o período de aleitamento materno (Santos Neto et al., 2008).

2.1.2. O Sistema Único de Saúde, os programas de saúde materna e infantil e a inserção da Terapia Ocupacional

O Sistema Único de Saúde, criado pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (regulamentada pelo Decreto 7508, de 28 de junho de 2011) se constituiu como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações

de saúde estabelecidos pela Constituição, que regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 2011c).

A partir da implementação do SUS, seus princípios - integralidade, universalidade e equidade - alteram também a maneira como o próprio sistema de atenção à saúde materna e infantil passou a ser implementado. O empoderamento das usuárias e a maior participação da população no controle social marcaram um corte frontal na atenção à saúde (Santos Neto et al., 2008).

No entanto, não foi apenas no âmbito da saúde que se efetivou a proposta de mudanças nas políticas públicas referente à infância. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como legislação ordinária, promulgada em 1990 e seus adendos posteriores, visando à garantia dos direitos de crianças e adolescentes, também vem a legislar sobre o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária deste segmento (Brasil, 1990).

A obrigatoriedade do alojamento conjunto para mães e bebês, que havia sido regulamentada inicialmente na rede assistencial do INAMPS (Portaria nº 18/1982), é ampliada para toda a rede de serviços que atende pelo SUS (Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993) para casos em que não haja intercorrências no parto ou que o bebê não apresente malformações congênitas ou seja prematuro. Em relação à atenção ao neonato hospitalizado, está regulamentado no ECA seu direito a ter acompanhante em tempo integral durante sua internação (Brasil, 2013b; 2014a; 2014b; 2016). À criança e ao adolescente, o ECA também assegura o direito a um acompanhante durante a internação hospitalar. Entretanto, a legislação trabalhista ainda não assegura o cumprimento deste direito da criança após o período da licença maternidade. No caso de bebês prematuros extremos, por exemplo, cuja internação dura, em média, três meses, a transição dos cuidados realizados pela mãe, como o aleitamento materno, pode ser prejudicada pela necessidade do retorno precoce ao trabalho, fato que aponta que não é suficiente se afirmar o direito da criança sem o oferecimento de respaldo trabalhista aos pais.

Desde a implantação do SUS, e em consonância com as recomendações internacionais, uma série de iniciativas, políticas, programas, medidas e estratégias vem sendo propostas e implementadas para o favorecimento da saúde materna e infantil em geral e, em específico, para os neonatos pré-termo ou de risco.

A iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi um programa idealizado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com o objetivo de evitar as afecções perinatais, tendo o incentivo ao aleitamento materno como principal medida para a redução da morbimortalidade infantil. Este programa defende que o aleitamento materno oferece ao neonato uma nutrição de qualidade, com o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê e com baixo custo familiar. No Brasil, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno mobilizou as equipes de saúde a mudarem suas condutas em relação ao desmame precoce de bebês internados no hospital. As instituições que possuem o selo Amigo da Criança também devem promover, incentivar, proteger e apoiar o aleitamento materno e a saúde integral da criança e da mulher, mediante a promoção dos dez passos para o sucesso do aleitamento (UNICEF; OMS, 1990; 2014a; 2014b).

Dez anos após a criação do SUS, a qualidade da atenção à saúde tornou-se uma questão importante, trazendo para o debate o cuidado humanizado. A primeira medida para a humanização do cuidado no Brasil acontece no âmbito da atenção ao neonato de baixo-peso, quando o Ministério da Saúde lançou a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) (Brasil, 2000). Esta tinha como objetivo desenvolver uma metodologia de abordagem perinatal que promovesse a humanização da assistência para atuação numa perspectiva interdisciplinar de saúde integral para pais e bebês. A primeira edição do manual técnico para o treinamento das equipes foi lançada em 2002 e teve uma segunda edição revisada em 2011 (Brasil, 2002; 2011a). Segundo o manual, as ações humanizadas em saúde devem ser anteriores ao nascimento, ainda durante o período pré-natal, para que se evitem condutas intempestivas ou agressivas ao bebê. Durante as três etapas do método Canguru, é possível às mães e aos outros cuidadores imediatos do RN de baixo peso vivenciarem os cuidados cotidianos dos neonatos com crescente autonomia, embora inicialmente apoiados por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2002; 2011).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH) (Brasil, 2001), o qual visava melhorar a qualidade deste atendimento por meio de propostas concretas e claramente definidas, focando principalmente as relações entre os usuários e os trabalhadores (Brasil, 2001). Este programa se transformou, em 2003, na Política Nacional de Humanização (PNH) e passou a atuar de maneira transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS (Brasil, 2004c). Sua criação se deveu à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, a partir da mudança dos modelos de atenção e de gestão em saúde, com reconhecimento da singularidade e da capacidade criadora de cada sujeito. Trata-se de uma política institucional construída coletivamente e que necessita de constante atualização. Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas. Deste modo, busca-se a garantia da universalidade do acesso ao serviço de saúde, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde (Brasil, 2004c).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNPHN) surge como resposta à ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal para a gestação, tanto de baixo como a de alto risco (Brasil, 2001). A sua implementação se deve à manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materno-infantil, sobretudo a neonatal, atingindo desigualmente as localidades mais pobres, o que evidenciou que a rede de atenção a esta população ainda é fragmentada e pouco resolutiva. (Brasil, 2004b). Desde 2005, têm sido lançados manuais técnicos, impressos e em versão digital, dirigidos a gestores e profissionais de saúde para orientar a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas em saúde, considerando as evidências científicas atualizadas, os princípios e diretrizes do HumanizaSUS e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Outras medidas também têm sido criadas pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da mortalidade materno-infantil, de maneira que as políticas nacionais sejam executadas para responder às necessidades locais da população. Em 2004, foi assinada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (Brasil, 2004d) bem como foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004d). A partir da discussão

dos indicadores que monitoram a notificação e as causas de óbitos, este Pacto propõe estratégias para integrar ações entre diferentes instituições e setores para a reversão deste problema de saúde pública, ampliação da participação social, além da melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e do recém-nascido (Brasil, 2004d).

Segundo este documento (Brasil, 2004d), o pré-natal seria a oportunidade de captar o risco gestacional precocemente, encaminhar as gestantes para o acompanhamento de pré-natal de alto risco para receber tratamento adequado. Acreditava-se, portanto, que estas medidas, permitiriam efetividade das condutas tomadas em relação às urgências e emergências obstétricas, evitando-se assim o óbito materno e neonatal. Neste pacto também foram incluídos os aspectos referentes ao direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto, ao planejamento reprodutivo, atendimento a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, prevenção ao câncer de colo de útero, de mama e de doenças sexualmente transmissíveis, assim como a atenção humanizada ao abortamento (Brasil, 2004d). Este pacto foi consolidado com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004e).

Indo além, o Ministério da Saúde, com vistas a qualificar a rede de assistência materna e infantil, lança a Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011b). Trata-se de uma estratégia federal que visa organizar, dentro do Sistema Único de Saúde, uma rede de cuidados à saúde das mulheres, com foco na atenção ao parto, ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento com acompanhamento de zero aos 24 meses de idade. Este modelo de atenção busca a garantia de acesso, acolhimento e resolutividade, reduzindo a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

As diretrizes para implementação da Rede Cegonha, que foram definidas no Plano de Ação Regional pela Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011 (Brasil, 2011b), visam à ampliação do acesso ao serviço de saúde em território nacional e a melhoria da qualidade do pré-natal, o vínculo da gestante à rede de referência para assistência ao parto, adequação do sistema logístico (número de leitos suficientes, ambiência hospitalar e o transporte seguro durante as consultas), de acordo com as necessidades regionais, e a construção de uma rede de cuidados pós-alta hospitalar. Neste sentido, a Rede Cegonha também propõe uma intervenção chamada “Primeira

Semana: Saúde Integral”, na qual são desenvolvidas ações de cuidado intensivo com o RN e a puérpera para prevenção do óbito neonatal. Nesta semana após o parto, ocorre o retorno da mulher e do recém-nascido para a unidade básica de saúde, para que se reforce a vinculação do bebê com sua mãe e sejam oferecidos cuidados iniciais como a avaliação do puerpério, início da puericultura, aplicação de vacinas, orientação e apoio ao aleitamento materno e ao planejamento familiar (Brasil, 2011b).

Buscando adequação às boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento, conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), a Rede Cegonha propõe a adequação da ambiência e das maternidades, e suficiência de leitos obstétricos em maternidades que atendem gestantes de alto-risco, UTI adulto (materna) e neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional e Canguru (Brasil, 2011b). A rede também prevê a criação de estruturas de assistência, como os Centros de Parto Normal (CPN) e a Casa da Gestante e Casa do Bebê (CGCB), que deverão funcionar em conjunto com a maternidade. Esta unidade de cuidado peri-hospitalar deve acolher, orientar e acompanhar gestantes de risco em fase final da gravidez que morem em locais de difícil deslocamento para as unidades de alto risco, além de puérperas e RNs que, embora não estejam imediatamente com necessidade de atendimento hospitalar, necessitam de acompanhamento supervisionado em ambiente não hospitalar. A implementação desta estrutura é instituída pela Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que apresenta as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco (Brasil, 2013a).

Em particular, no município de São Paulo em 2006 foi implantada a Rede de Proteção à Mãe Paulistana ou Programa Mãe Paulistana, por meio da Lei nº 13.211 de 13/11/2001 e firmada pelo Decreto Municipal nº 46.966, de 02/02/2006 com o objetivo de assistir a gestante durante o ciclo de gravidez, desde as consultas de pré-natal (no mínimo sete), o parto, o puerpério até o primeiro ano de vida do bebê em toda a rede básica e hospitalar municipal (São Paulo, 2001; 2006c). Neste programa foram implementadas ações que favorecessem a maior adesão ao pré-natal, como o transporte gratuito para a gestante; a entrega do enxoval Mãe Paulistana; a presença de orientadoras hospitalares do programa nas unidades abrangidas; e a central de regulação de vagas obstétricas e neonatais. Para facilitar a comunicação entre os profissionais que acompanham a paciente neste período, o cartão do pré-natal foi padronizado para armazenar algumas informações do prontuário da gestante.

Quanto ao monitoramento do neonato, foram estabelecidos a busca ativa de RNs de risco (prematturos, baixo peso ao nascer, doenças congênitas, infecciosas congênitas) e a caderneta do recém-nascido com as informações sobre a saúde do bebê no momento do seu nascimento, o desenvolvimento na puericultura e as vacinas do calendário básico de vacinação. No caso de detecção de malformações como as fissuras palatais e a displasia coxofemoral, os neonatos são encaminhados para o Hospital Menino Jesus, referência na rede municipal para estes casos. Ainda fazem parte deste programa a avaliação de retinopatia da prematuridade (ROP), a avaliação da triagem auditiva neonatal universal (TANU) com encaminhamento para avaliação e conduta na rede para assegurar o acesso e a resolubilidade. Atualmente, este programa tem atuação integrada à Rede Cegonha e às demais iniciativas do SUS para a saúde da materna e infantil e está regulamentado como uma lei estadual (São Paulo, 2011).

Outras iniciativas têm sido implementadas para a promoção de cuidado humanizado e integral como a Rede Amamenta Brasil (Brasil, 2008) e o selo Hospital Amigo da Criança, lançado em 1992 e atualizado em 2014 (Brasil, 2014b).

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia no âmbito do SUS de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na atenção básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde. Tem como objetivo contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil. Esta rede se compõe na articulação da Rede de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Para fins de monitoramento e avaliação dos indicadores de aleitamento materno, nas unidades básicas de saúde, pela Rede Amamenta Brasil, será utilizado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (Brasil, 2008)

Para o credenciamento do selo Hospital Amigo da Criança (2014b) um dos novos critérios foi o cumprimento global do “Cuidado Amigo da Mulher”, cujas práticas incluem: o direito a um acompanhante à sua escolha durante o parto e a internação do puerpério; oferecimento de uma dieta leve à gestante; métodos não farmacológicos de alívio da dor; liberdade de posição no parto; utilização de procedimentos invasivos apenas se houver agravamento que o justifique; o contato pele a pele entre mãe e

bebê nos 30 minutos após o nascimento; e o acolhimento adequado às especificidades étnico-culturais (Brasil, 2014b).

Em relação ao cuidado ao recém-nascido hospitalizado grave ou potencialmente grave, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 930 de 10 de maio de 2012 com vistas a normatizar a organização da atenção integrada e humanizada a esta população. Esta portaria, revista em 2013 (pela Portaria nº 3389/2013), define as diretrizes, objetivos de intervenção e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidades neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção dos cuidados neonatais à criança com idade entre zero e 28 dias de vida (Brasil, 2012a; 2013b).

A Portaria 3389/2013 define como diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; a promoção da equidade; a integralidade da assistência; a atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; a atenção humanizada; e o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (Brasil, 2013b). Como objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, esta Portaria estabelece:

- I - Organizar a Atenção a Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- II - Priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade;
- III - Garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal;
- IV - Induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e
- V - Induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS (Brasil, 2013b)

Para organizar a atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 (Brasil, 2014a). Nela se recomenda que para o RN a termo, com ritmo respiratório normal, tônus muscular normal e sem líquido meconial no momento do parto, realize o contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e bebê, procedendo ao clampeamento do cordão umbilical, apenas após cessadas suas pulsações,

estimulando o aleitamento materno na primeira hora de vida, além de postergar os procedimentos de rotina do parto neste momento. Caso o bebê apresente alguma alteração dos seus sinais vitais, seguir-se-á o fluxograma do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria (Brasil, 2014a).

O número e a variedade de iniciativas, políticas, programas, medidas e estratégias direcionados à saúde materna e infantil, em particular, ao neonato pré-termo ou de risco apresentados acima, mostram a preocupação e a importância estratégica que vêm sendo atribuída à questão, principalmente se comparadas ao período pré-SUS. Entretanto, sua fragmentação e resolubilidade ainda necessitam ser estudadas e avaliadas de modo amplo e sistemático.

Os requisitos para a humanização do cuidado ao neonato hospitalizado, por exemplo, ainda não têm sido satisfatoriamente implementados. A experiência prática tem mostrado que a intervenção produzida dentro das unidades neonatais ainda permanece centrada na dimensão biomédica e com foco exclusivo na garantia da sobrevivência.

Apesar de se verificarem nos estudos as possibilidades de um cuidado integral, foi constatado que a centralização das ações nas necessidades do neonato depende da disponibilidade do profissional e de sua lógica para definir prioridades na assistência. Constata-se que a atuação dos profissionais ainda é majoritariamente orientada especialmente para a cura clínica, procurando-se a manutenção e recuperação do funcionamento do organismo. E ainda, o profissional privilegia no cuidado as situações que conferem maior risco ao neonato ou aquelas que compõem a rotina assistencial, desconsiderando os aspectos subjetivos do cuidado (Duarte et al., 2010; p. 543).

Assim, a constituição de uma equipe multiprofissional que atue dentro de metodologias de trabalho adequadas à proposição da política se mostra imprescindível para atender a estes pacientes. No documento base da PNH, a equipe multiprofissional é definida como minimamente formada por médico e enfermeiro e os demais membros são descritos como profissionais que realizam “ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação (...) garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito” (Brasil, 2004b).

Entretanto, a construção do trabalho em equipe nas unidades de neonatologia é ainda um desafio, conforme aponta revisão de literatura realizada por Duarte et al. (2010):

Mesmo frente à potencialidade do trabalho multiprofissional os estudos evidenciam que no cotidiano do cuidado na UTIN, o processo de trabalho é fragmentado e centrado no profissional médico, estabelecendo-se relações de poder hierarquizadas. Os núcleos profissionais realizam o cuidado separadamente, reafirmando a divisão técnica do trabalho em saúde. O cumprimento de rotinas prevalece em relação ao planejamento participativo e dinâmico da assistência. Dessa forma, o cuidado é centrado na realização de procedimentos e os profissionais têm dificuldade de construir um foco comum no recém-nascido (Duarte et al., 2010; p. 43).

Segundo a Portaria nº 3394/2013, estão inscritos como membros da equipe essencial das unidades neonatais: médicos neonatologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Os serviços de assistência social, psicológica, nutricional e farmacêutica bem como das demais especialidades médicas devem ser garantidas enquanto serviços à beira do leito prestados por recursos próprios ou por serviços terceirizados (Brasil, 2013b). A não inclusão do terapeuta ocupacional, seja na equipe mínima ou por meio de garantia de serviços na referida portaria traz perdas significativas para sua inserção nas unidades de neonatologia e para a consolidação dos saberes e práticas da Terapia Ocupacional na área.

Entretanto, mesmo não fazendo parte da equipe mínima ou da de apoio das unidades neonatais, o terapeuta ocupacional se encontra inserido em algumas destas unidades no país, mesmo que de forma ainda reduzida. Um mapeamento de terapeutas ocupacionais na cidade de São Paulo, SP, realizado por pesquisa em 2013 (Franco, 2014), localizou a presença de apenas seis terapeutas ocupacionais atuando em unidades neonatais, a grande maioria por interconsulta, em um cenário de 5 dos 37 hospitais com convênio com o Sistema Único de Saúde, tal como consta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) da Secretaria de Atenção à Saúde (DATASUS).

Embora, a atuação do terapeuta ocupacional tenha sido referida na literatura nacional desde a década de 1990 e que a importância da sua contribuição profissional junto ao RN seja referida no documento Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (OPAS, 2005) e no “Manual técnico do Método Canguru de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso” (Brasil, 2011a), maiores estudos necessitam ser realizados para que se possa ter a dimensão da inserção do terapeuta ocupacional em unidades neonatais no Brasil.

Apesar da visibilidade adquirida pela Terapia Ocupacional nas políticas públicas das três esferas governamentais nas áreas da saúde, da assistência social,

da educação inclusiva, da cultura e de direitos humanos, o poder contratual da profissão e seu poder de influência política é ainda limitado. A não inclusão da profissão na portaria nº 3394/2013 é uma evidência concreta deste fato. O reconhecimento da necessidade de inclusão do terapeuta ocupacional nas políticas e equipamentos de saúde requer o acúmulo de capital simbólico da profissão seja junto a políticos, gestores ou profissionais nos diferentes cenários de prática. A inserção da Terapia Ocupacional nos contextos hospitalares, necessita, portanto, tanto da capacitação profissional, de modo a garantir um maior acúmulo de capital cultural, como de organização da categoria profissional de modo a que lhe garanta o capital social necessário à consolidação do campo. (Galheigo; Tessuto,2010)

Um dos complicadores para o desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil tem sido o fato de a legislação que regulamenta a profissão estar desatualizada e ainda associada à Fisioterapia, tal como definida pelo Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969 que criou as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, assegurando o exercício das atividades privativas destes profissionais. Para adequar a legislação, ampliando a sua definição de maneira que se traduza a diversidade das práticas da Terapia Ocupacional contemporânea, foi enviado um projeto de lei (PL 7647-B/2010, ainda em trâmite na Câmara dos Deputados) propondo a separação da regulamentação das duas profissões, haja vista a construção histórica, metodológica e técnica constituída ao longo de sua existência. Acredita-se que o desmembramento dos conselhos profissionais das duas profissões garantirá à Terapia Ocupacional uma melhor inserção nas políticas nacionais, de modo a assegurar sua presença nas equipes mínimas das políticas de saúde, causando repercussões positivas para a profissão e para a população brasileira (Brasil, 2010b).

Entretanto, os terapeutas ocupacionais também necessitam de maior engajamento nas entidades de classe, seja em sua diretoria, seja enquanto associados. Segundo informações do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) de 2015, há 14.745 terapeutas ocupacionais existentes no Brasil, dentre os quais 5.093 atuam no Estado de São Paulo. No país inteiro, apenas 123 terapeutas ocupacionais estão associados¹.

¹ Galheigo SM. (Universidade de São Paulo, delegada da World Federation of Occupational Therapists). Terapia Ocupacional no mundo: um recorte sócio-histórico. Apresentação realizada no XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2015. Rio de Janeiro (RJ).

2.2 APORTES TEÓRICOS E CONCEITUAIS PARA A ATUAÇÃO HUMANIZADA E INTEGRAL EM NEONATOLOGIA

Embora a alta densidade tecnológica assuma um papel importante na recuperação do neonato, “essa lógica de cuidado não se mostra suficiente para assegurar o atendimento às necessidades de saúde do recém-nascido, nas quais incluem os aspectos emocionais e sociais” (Dittz, 2009; p.15). A autora se refere à presença materna junto ao filho hospitalizado como um exercício de direito e uma possibilidade de construção da assistência ao neonato de forma a contemplar as múltiplas necessidades de cuidado do bebê e de sua família.

Além da adequação da estrutura física, a produção de cuidado em uma unidade de neonatologia, sob a perspectiva da atenção humanizada e integral, implica no oferecimento de ações dirigidas a responder às necessidades do bebê e de seus pais, em uma construção que depende da articulação entre o tipo, a intensidade e a complexidade dessas necessidades (Dittz et al., 2010).

A internação pode ser de curto, médio ou longo prazo e envolver cuidados para além da garantia de sobrevivência do RN, como a diminuição do estresse neonatal e o favorecimento do vínculo entre mãe e bebê, interrompido pelo processo de hospitalização. Entretanto, é importante destacar que a atenção ao neonato acontece em meio a um conjunto de questões de ordem cultural e social, as quais podem complexificar ainda mais as necessidades de cuidado. As intervenções também dependem da singularidade das respostas do recém-nascido ou de seus familiares ao processo de internação.

Para fundamentar a discussão sobre a atenção que se constitui nesta perspectiva, necessitamos apresentar alguns conceitos fundamentais e sua possível aplicação na neonatologia, a saber: necessidades de cuidado em saúde, integralidade e humanização. As principais bases que sustentam este arcabouço teórico são a comunicação e as relações mais solidárias entre profissionais da equipe, gestores e usuários do serviço. A partir deste modo de se relacionar interpessoalmente torna-se possível propor modificações na assistência oferecida e na cultura dos serviços de saúde.

2.2.1. As necessidades sociais e de saúde enquanto norteadoras do cuidado

A reflexão sobre o tema das necessidades de saúde convoca a uma retomada inicial do que se compreende por necessidade humana. Agnes Heller (1974) define necessidades como:

Um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (Heller, 1974:170).

A autora distingue dois tipos de necessidades: as **naturais**, relativas à conservação e à perpetuação da vida, como a alimentação, abrigo, sexo, contato social e de cooperação e que são produzidas em contextos sociais; e as **necessárias, radicais ou propriamente humanas**, referentes à liberdade, autonomia, autorrealização, autodeterminação, atividade moral e reflexão, cujo contínuo aperfeiçoamento nos humaniza progressivamente (Heller, 1974, grifos nossos).

Um terceiro conjunto de necessidades, identificadas por Heller como **alienadas**, como dinheiro, poder e posse de objetos, são criadas em função do capital e se referem, sobretudo ao consumo de mercadorias. Como resultantes do capitalismo, passam a fazer parte da motivação das pessoas o que reforça a permanente demanda por sua satisfação (Heller, 1974, grifos nossos).

A leitura das necessidades a partir de Heller (1974) possibilita um horizonte maior para a compreensão do que vêm a ser as necessidades de saúde.

Estas também podem ser compreendidas como necessidades de reprodução social, produzidas no espaço coletivo e historicamente determinadas (Stotz, 1991). Egry e Oliveira (2008) situam-nas “entre a natureza e a cultura, ou seja, não dizem respeito somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto de vida em que o indivíduo progressivamente [...] se torna humano” (Egry; Oliveira, 2008, p. 26). De outro modo, é possível apreender que estas necessidades são diferentes nos distintos grupos sociais, com desigual distribuição e consumo dos produtos do processo de trabalho (Campos; Mishima, 2005).

Contextualizando o tema a partir das premissas do SUS, Cecílio e Matsumoto (2006) propõem a reflexão sobre a potencialidade que a escuta das necessidades de saúde possui no processo de oferecimento de “cuidados em saúde” ao sujeito que as busca no serviço. Deste modo, a compreensão e a apropriação destas necessidades pelos trabalhadores de saúde possibilitaria realizar uma atenção mais humanizada e qualificada. Cecílio e Matsumoto (2006) defendem ainda a impossibilidade de existir integralidade e equidade sem a universalidade do direito assegurada, ao mesmo tempo que, para a satisfação das necessidades de saúde, torna-se imprescindível repensar a organização do processo de trabalho, a gestão e o planejamento das ações de cuidado e, a proposição de novas práticas em saúde.

Com referência aos estudos realizados por Stotz (1991), Cecílio depreende que, “se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual” (Cecílio; Matsumoto, 2006; p. 1). Deste modo, aponta ser necessário elaborar uma taxonomia das necessidades de saúde, isto é, “de que se deva utilizar um conceito normativo (de necessidade de saúde) que seja traduzível em descritivo e operacional [...] [que] precisa ser reconceitualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social” (Stotz, 1991:136).

A taxonomia operacional de necessidades de saúde desenvolvida por Cecílio e Matsumoto (2006), a partir de estudos realizados sobre diversos teóricos, propôs a apreensão das necessidades de saúde de maneira ampliada a partir de quatro grandes conjuntos: (i) “necessidade de boas condições de vida”; (ii) “garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida”; (iii) “necessidade de ter vínculos com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)”; e (iv) “necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de levar a vida (construção do sujeito)” (Cecílio; Matsumoto, 2006).

Esta taxonomia foi por eles aplicada em pesquisas sobre necessidades de saúde na atenção primária, sendo possível constatar o pressuposto inicial de que as necessidades de saúde não estavam sendo tomadas como prioritárias nas práticas de saúde de uma UBS operada pelo Plano de Atenção à Saúde (PAS), no município de São Paulo. Assim, apontaram que a taxonomia operacional de necessidades de saúde também pode ser utilizada para avaliação de serviços, capacitação de

funcionários, na forma de oficinas, ou no planejamento da rede de serviços. (Cecílio; Matsumoto, 2006)

Em estudo com profissionais que atuam em educação permanente, foi constatado que as necessidades de saúde da população não são atendidas principalmente por questões relacionadas às condições de vida, as quais interferem diretamente na autonomia dos sujeitos, e à carência de políticas públicas que respondam a estas necessidades de saúde (Santos et al., 2010).

Para Mattos (2006) apreender de modo ampliado as necessidades de saúde significa compreender o sujeito dentro do contexto em que ele vive e ter a capacidade de analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder às necessidades apreendidas. Para responder a estas necessidades, não basta apenas desenvolver protocolos ou rotinas de trabalho capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente, mas compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas; identificar, com o conhecimento técnico, as necessidades de prevenção e de assistência, porém selecionando as intervenções a serem oferecidas. Diz respeito a atentar-se para o olhar para além do conhecimento, produzindo cuidado das pessoas que contribua para “uma vida decente” (Mattos, 2008; p. 133).

Em revisão de literatura realizada por Campos e Bataieiro (2007), verificou-se que, embora a maior parte das publicações encontradas sobre o tema das necessidades em saúde fossem relacionadas à atenção hospitalar, a leitura destas necessidades estava atribuída ao sentido do senso comum, na qual os indivíduos são vistos como um agrupamento homogêneo, sem pertencimento de classe e que, conseqüentemente, as necessidades de saúde acabavam sendo definidas como comuns a todos os indivíduos. Esta solução decorria de programas de saúde que eram definidos verticalmente, sem o conhecimento da realidade do território, dos sujeitos que o habitavam e dos trabalhadores de saúde que os atendiam, o que perpetuava a fragmentação do cuidado e não permitiam práticas de saúde emancipatórias.

Merhy (2004) discute que o hospital contemporâneo se constituiu dentro do campo da saúde como o espaço em que se realizavam as práticas cuidadoras socialmente determinadas, dentro do qual o modelo médico se tornou hegemônico,

expressando os paradigmas dominantes dos modos de construir as ações em saúde. O autor ressalta que, neste tipo de assistência, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção de saúde, como se esperaria nas práticas de cuidado integrais (Merhy, 2000; 2002; 2004). Ainda hoje se verifica que:

O modelo assistencial atual é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do cuidado médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que, nesse modelo assistencial, as ações dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido” (Merhy, 2004; p. 5-6)

Merhy propõe que os médicos usem suas três valises tecnológicas para responder às necessidades de cuidado: a valise de mão (com a qual se processam imagens, dados físicos, exames laboratoriais, em que se incluem os equipamentos e as “tecnologias duras”); a de cabeça (na qual cabem saberes estruturados como a clínica e a epidemiologia, com uso de “tecnologias leve-duras”); e a valise relacional (presente no espaço relacional trabalhador-usuário, das “tecnologias leves”, que só têm materialidade no ato) (Merhy, 2000). “Estas valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais, que fazem sentido com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja” (Merhy, 2002; p. 109).

Entretanto, apenas mediante uma conformação adequada da relação entre as três valises é possível que se produza a atenção com qualidade no sistema, percebida como: “maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo” (Merhy, 2004a; 2004b, p. 4; Cecílio, 2006).

Sobre a caixa de ferramentas, prossegue Merhy que:

Quanto maior a composição da caixa de ferramentas (aqui entendida como o conjunto de saberes que se dispõem para a ação de produção dos atos de saúde) utilizadas para conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço, quanto para a própria composição dos processos de trabalho (Merhy, 2004a; 2004b; p. 1).

Ao propor uma definição ampliada da integralidade a partir das necessidades de saúde, Cecílio (2006) diz que o valor de uso de cada tecnologia de saúde seria sempre definida a partir da necessidade de cada sujeito em seu momento singular de vida.

Este autor diferencia demanda de necessidade. A demanda seria o pedido do usuário que, por vezes, é formatado pelas modalidades de atendimento oferecidas pelos serviços (Cecílio, 2006, p. 4). A demanda pode ser, por exemplo, por consumo de medicamentos, entretanto, de fato, as necessidades podem ser mais complexas. A necessidade de saúde, diz respeito à “busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa vive ou está vivendo (...) [cuja solução seja] capaz de melhorar e prolongar sua vida (...), como o vínculo (a)efetivo com algum profissional ou o acesso a alguma outra tecnologia de saúde disponível” (p. 4).

Cecílio segue, afirmando que:

Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado, traduzido, pela equipe. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (Cecílio, 2006; p.4).

Dentre os desafios para se construir a integralidade em serviço, Merhy (2004) apresenta a importância de se formar um profissional da saúde que, ao mesmo tempo, seja generalista e domine um território específico desse campo de intervenção, possua uma caixa de ferramentas que seja capaz de responder às necessidades de cuidado. Assim, há que se enfrentar o desafio de se preservar ganhos em eficácia de ações especializadas com a oferta de uma rede de serviços cuidadora e resolutiva no plano individual e coletivo.

2.2.2. A integralidade enquanto imagem-objeto da atenção em saúde

A integralidade enquanto um dos princípios do Sistema Único de Saúde, é um conceito que tem demandado estudos para uma reflexão mais profunda e mais ampliada sobre seu significado (Pinheiro, 2009; Mattos, 2004; 2006; Merhy, 2005).

Pinheiro (2009) propõe três conjuntos de sentidos que seriam as origens da integralidade: a prática da boa medicina (a integralidade no acolhimento do paciente no encontro e técnicas de prevenção); a organização das práticas de trabalho (com a horizontalização dos programas do Ministério da Saúde, os quais devem articular demanda programada e demanda espontânea com atividades coletivas na comunidade); e a resposta governamental aos problemas específicos de saúde (oferecendo políticas específicas para determinado segmento social).

Indo além, Mattos (2006) associa o termo à participação, compromisso e desejo de mudança. O autor propõe uma reflexão sobre os sentidos da integralidade, resgatando a característica de engajamento desde o movimento sanitário iniciado na década de 1970 e realiza um mapeamento de questões que envolvem a composição do que ele denomina “imagem-objetivo”. A “imagem-objetivo” indica características desejáveis do sistema de saúde e das práticas exercidas, em contraposição às vigentes, ao se relacionar com um ideal de sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2004; 2009). Entretanto, continua Mattos, a “imagem-objetivo” não é uma utopia, uma vez que “os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido” (Mattos, 2006; p. 45). Por outro lado, por ser imagem-objetivo, não é detalhada como um projeto altamente específico, ao mesmo tempo que permite leituras distintas e abarca diversos sentidos a partir da crítica à realidade atual que se pretende modificar.

De certo modo, uma imagem-objetivo (pelo menos as imagens-objetivo construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico [...] que se recusa a reduzir a realidade ao que “existe”, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las. Os enunciados de uma imagem-objetivo sintetizam nosso movimento. Ao enunciar aquilo que, segundo nossa aspiração, existirá, a imagem-objetivo também fala, embora sinteticamente, daquilo que criticamos no que existe, e que nos levou a sonhar com uma outra realidade (Mattos, 2006; p. 45)

Deste modo compreende-se por que a simples adoção da palavra “integralidade” não produziria, por si, práticas de cuidado integral. Existe uma intencionalidade na construção da atenção à saúde que necessita de “um ato comprometido com a realização de um certo produto” (Merhy, 2005; p. 5). Deste modo, integralidade pressupõe engajamento, implica em posicionamento do trabalhador da saúde dentro do seu processo produtivo, de seu núcleo profissional e no campo da atenção à saúde. Assim como também pressupõe o engajamento do próprio usuário em relação ao serviço de saúde.

A integralidade propõe a ampliação da lógica biopsicossocial na atenção à saúde, a compreensão do trabalhador sobre o próprio processo de produção de saúde e de seus sujeitos atendidos (Reis et al., 2004). Mattos (2006) se refere à integralidade como “uma bandeira de engajamento desde a implantação do SUS” e que a banalização do uso desta expressão leva à perda de unidade na luta política. Entretanto, apesar de o acesso à saúde ter se ampliado desde a implantação do SUS e as bandeiras de luta pela melhoria dos serviços permanecerem as mesmas, as discussões ocorrem de outro lugar.

E, embora se fale tanto de integralidade, como afirma Merhy (2005), o cuidado é que é integral. O cuidado do paciente ainda costuma ser visto como a adição de um grande número de pequenos cuidados parciais complementares e dialéticos dentro de disputa de poderes. No entanto, para que se proporcione o cuidado no contexto da integralidade, o processo de trabalho em equipe necessita ser reorganizado, em uma atuação profissional mais solidária, em uma rede de serviços articulada (Merhy, 2002). Esta solidariedade seria construída mediante trocas interprofissionais, nas quais trabalhadores e usuários do serviço são mutuamente afetados pelo encontro e produzem o ato de cuidado integral. Este cuidado não seria determinado, a priori, e sim, construído conjuntamente (Machado; Lavrador, 2009). Nessas interfaces, os saberes dos respectivos núcleos profissionais não se sobreporiam uns aos outros e se compartilharia um saber pela equipe. Merhy aponta que esta atitude cuidadora somente seria possível ao se oferecer ao usuário uma escuta qualificada que permita abranger da melhor maneira a complexidade das necessidades do usuário que busca o serviço de saúde, cuja estratégia é denominada de acolhimento (Merhy, 2005).

O acolhimento enquanto diretriz assistencial se caracteriza por três princípios: o atendimento de todas as pessoas que procurem o serviço de saúde, garantindo a acessibilidade universal; a reorganização do processo de trabalho para que se desloque o atendimento médico do eixo central para o acolhimento realizado pelo atendimento multiprofissional; e a qualificação solidária, humanizada e cidadã da relação entre o trabalhador de saúde e o usuário. Esta metodologia de trabalho embasada na escuta qualificada permite o direcionamento da equipe à resolução dos problemas de saúde da comunidade (Franco et al., 1999; p. 47).

Assim, se a resolutividade das questões de saúde implica no acolhimento do sujeito e na sua vinculação ao serviço, somente a partir da participação social será possível dirigir ações especialmente à região de abrangência do serviço de saúde (Merhy, 2005). Ou seja, somente com a compreensão da dimensão complexa dos usuários do serviço se torna possível propor a resolução das questões de saúde com o devido impacto “nos processos sociais de produção da saúde e da doença” (Franco et al., 1999; p. 347). Ao mesmo tempo, com a mudança dos processos de trabalho dentro da equipe multiprofissional e da gestão do cuidado torna-se possível apresentar uma resposta positiva aos problemas de saúde trazidos pelos sujeitos em sofrimento que procuram o serviço, com responsabilização clínica e sanitária (Franco et al., 1999).

Portanto, a abordagem integral pressupõe a garantia do consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para prolongar a vida, até um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada (Cecílio; Merhy, 2003), a partir de uma combinação de “tecnologias duras, leve-duras e leves” (Merhy, 1997; 2004a). A dimensão da integralidade ocorreria então, na capacidade de os profissionais responderem ao sofrimento manifesto pelo usuário na demanda espontânea, articulando nessa resposta a oferta de ações ou procedimentos preventivos, de maneira prudente, uma vez que o excesso de procedimentos também pode ser danoso ao sujeito (Mattos, 2006). Também implica na modificação do modo de atendimento baseado no pronto atendimento hospitalar e procedimento centrado, haja vista que o hospital faz parte de uma das “estações de cuidado” pela qual o usuário transita (Cecílio; Merhy, 2003).

Para Cecílio e Merhy (2003), a integralidade dever ser compreendida *no e a partir do hospital*. A integralidade *no hospital* é pensada como a coordenação do cuidado produzido em uma atuação solidária, articulada e concertada de um grande número de trabalhadores, que supera a compreensão do cuidado como uma “linha de produção” de cura. A prática da integralidade *no hospital* supera hierarquias profissionais e a rigidez de papéis codificados, articulando-se a assistência dos profissionais de saúde para se oferecer o cuidado que cada pessoa necessita. A integralidade compreendida *a partir do hospital* se refere à construção de um cuidado em rede, no qual o hospital se responsabiliza pelo sujeito no seu percurso do cuidado com a própria saúde. A sua finalidade é de que estes sujeitos cuidados conquistem

autonomia e possam reconstruir o "seu modo de andar a vida" (Cecílio; Merhy, 2003; p. 6).

A integralidade pressupõe a defesa ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, devendo ocorrer, em qualquer nível, uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que sempre se tenha uma dimensão ampliada das necessidades de saúde oferecidas de maneira prudente (Mattos, 2008).

Cecílio (2006) propõe que para que se alcance a forma mais completa possível da integralidade da atenção é necessário que esta seja trabalhada em suas duas dimensões, com acessibilidade garantida pelo sistema de saúde, e não como sendo fruto de esforços individuais dos usuários. A primeira, nomeada de "integralidade focalizada", é aquela que ocorre no espaço bem delimitado de um serviço de saúde e é resultante do "esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos centros de saúde" (Cecílio, 2008, p. 119). A segunda dimensão é a "integralidade ampliada", na qual a prática da integralidade seria resultante da articulação de cada serviço de saúde ("micro") a uma rede mais complexa composta por outros serviços ("macro"), a qual permitiria múltiplas entradas com múltiplos fluxos, levando a reconceituar o que seria um "serviço de referência" (Cecílio, 1997), uma vez que "a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial" (Cecílio, 2006; p. 121).

Deste modo, o cuidado integral se inicia com a vinculação de um sujeito com um serviço de saúde para que se construa sua autonomia. A partir "da escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida e que estão disponíveis em outros serviços" (Cecílio, 2008; p. 123), seria possível que um "paciente" atendido no pronto-socorro recebesse orientações e desse o prosseguimento do seu cuidado em outros serviços. Uma vez que a integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo da rede" (Cecílio, 2008; p. 122).

Portanto, a integralidade deve ser um princípio fundamental para a construção das práticas em unidades de neonatais hospitalares, para que seja possível, além de

apreender as necessidades sociais e de saúde dos usuários, pensar como se articular o cuidado produzido pela equipe com o pós-alta junto à rede.

2.2.3. A humanização do cuidado enquanto qualificação da atenção em saúde

A humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, utilizadas com diferentes significados e entendimentos. É possível atribuir a origem da humanização à reforma sanitária nos anos 1970, momento histórico de reordenação do conceito de saúde ampliado sobre as condições de saúde no Brasil (Reis et al., 2004). Outros documentos que influenciaram a fundamentação da humanização foram as cartas de direitos dos pacientes, nas quais se buscam assegurar o acesso às informações sobre o estado de saúde do usuário, informações sobre o tratamento e o prognóstico, o direito à consulta, acesso ao seu próprio prontuário e a autodeterminação, ou seja, o direito de aceitar ou de recusar procedimentos propostos pela equipe de saúde (Fortes, 2004). Em termos da legislação brasileira, a humanização em saúde é referida desde a Lei nº 8080 (Brasil, 1990) e amparada na Constituição Federal.

Deslandes refere que o termo vem sendo utilizado com frequência no setor saúde, desde o início associado às questões da saúde materno-infantil:

O termo “humanização” vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. As iniciativas identificadas com a humanização do parto e com o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres vêm, há décadas, participando da pauta dos movimentos feministas em saúde. Por sua vez, a humanização da assistência a crianças faz parte de um escopo mais direcionado ao atendimento de bebês de baixo peso, internados em UTI. (Deslandes, 2004; p. 8)

Segundo a mesma autora, de uma maneira geral, é possível empregar a noção de humanização para:

A assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento de direitos do paciente, sua subjetividade e referências culturais, implica(ndo) ainda na valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes (Deslandes, 2004; p. 8).

Ao trazer à tona a subjetividade dos sujeitos, a discussão acerca da humanização também e trouxe a reflexão sobre as relações dos profissionais no interior das instituições de saúde. Reis et al. (2004) discutem que, embora a humanização considere a dimensão particular dos sujeitos, ela transcende o campo individual ao se evidenciar a dimensão da subjetividade e da singularidade, uma vez que são também valorizados na humanização aspectos que só ocorrem no encontro coletivo, como o vínculo solidário, a responsabilidade compartilhada e a participação na gestão.

O lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, PNHAH (Brasil, 2001), veio a legitimar no interior do Sistema Único de Saúde, uma iniciativa que visa promover uma nova cultura de atendimento em saúde no Brasil, embora inicialmente no âmbito hospitalar, no sentido do aprimoramento das relações entre usuários e profissionais para melhoria da qualidade do atendimento em saúde. Mais tarde, com a transformação deste programa em política assistencial que transversaliza todo o sistema de saúde – a Política Nacional de Humanização – a discussão da humanização do cuidado passa a compor o cotidiano das práticas de saúde, embora que às vezes de modo banalizado, ou como se fosse um novo modismo (Benevides; Passos, 2005a).

Para compreender o sentido da humanização expresso na PNHAH, Deslandes (2004) realiza a análise documental e identifica quatro eixos discursivos. O primeiro seria a compreensão da humanização enquanto oposição à violência, seja física, psicológica, simbólica ou verbal, que ocorreria entre os dois atores presentes no serviço de saúde (usuário e trabalhador de saúde). Deste modo, o Programa buscaria substituir estas formas de relações de violência por uma nova cultura de atendimento, na qual fosse valorizada a escuta das questões trazidas pelos sujeitos, reconhecendo suas alteridades e necessidades (Deslandes, 2004).

O segundo eixo discursivo identificado nesta análise documental é a humanização enquanto oferecimento de atendimento de qualidade, nas quais seria possível articular os avanços tecnológicos com o bom relacionamento entre usuário e trabalhador de saúde. Destaca-se no próprio Programa que para que haja funcionamento das tecnologias em saúde, a eficácia depende fortemente da qualidade do fator humano dentro da relação estabelecida entre os profissionais e os usuários do serviço (Brasil, 2001). Indo além, Deslandes se remete às discussões propostas

por Merhy et al. (1997), sobre o fato de que estas interações produzem uma forma de “tecnologia leve” a ser aplicada, em associação às tecnologias duras e leve-duras. Ainda sobre o fator humano, a questão pode ser compreendida pelo fato de que “as transições tecnológicas na saúde estão inscritas no modo de atuação do trabalho vivo em ato e nos processos de gestão do cuidado” (Merhy, 2002; p. 28).

Deste modo, uma das importantes contribuições trazidas pelo PNHAH foi a inclusão do cuidado ao trabalhador da saúde, identificado, por Deslandes (2004), como o terceiro eixo discursivo da política. A humanização, portanto, passa a também ter como foco a melhoria das condições de saúde dos próprios trabalhadores, isto é, produzindo-se equipes de trabalho saudáveis, além da capacitação para lidar com a dimensão psicossocial dos usuários dos serviços (Brasil, 2001). Ao se melhorar a imagem do serviço público não somente para o usuário, mas também junto aos próprios trabalhadores, isso os motivaria a atender com mais eficiência (Fortes, 2004).

Como um quarto eixo discursivo, Deslandes (2004) identifica que para se promover a humanização, a comunicação deve ser reconhecida como o mecanismo de aproximação e de melhoria das relações nos serviços de saúde. Pela mediação da linguagem, os seres humanos realizam trocas e são capazes de construir uma identidade cultural compartilhada. Diversos fatores se revelam na comunicação: as relações de poder, de saber, a interpretação das informações trazidas pelo paciente, a condução do seu relato pelo profissional de saúde, as lógicas culturais institucionais. Assim, a PNHNH apontaria para a compreensão de que ao se permitir ao usuário ser ouvido, haveria um modo de compartilhar as suas necessidades e responder aos problemas que ele traz. A autora aponta, então, que “o desrespeito ao estatuto ético da palavra cria as condições de arbítrio e violência” (Deslandes, 2004; p. 10) e destaca do Manual do PNHAH que, “quando a palavra fracassa, somos também capazes das maiores arbitrariedades” (Brasil, 2000b).

Ao se propor “uma nova cultura de atendimento”, permite-se a abertura para o diálogo desde “o nível gestão à tessitura mais cotidiana do encontro entre profissionais, profissionais e usuários” (Deslandes, 2004; p. 12). Esta proposição levaria à mudança da cultura organizacional de hospitais, a qual ainda é centrada em uma ordem paternalista de cuidado, na qual o profissional julga saber o que é melhor para o paciente e tenta prover os meios para satisfazer estas expectativas sem, no

entanto, levar em consideração a participação do usuário no seu projeto terapêutico. Porém, esta cultura enraizada e perpetuada ainda não é suficiente para responder aos problemas da população. Espera-se que no diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários seja possível discutir as bases do PNHAH, seus limites e abrangências e quais são os elementos favoráveis às novas práticas em saúde. Deslandes citando Rivera, conclui que, somente pelo fortalecimento da comunicação é que seria possível realizar esta mudança cultural.

Dentre os fatores que favoreceriam esta transformação cultural está a reformulação curricular das instituições formais de ensino (Deslandes, 2004; Reis et al., 2004; González; Almeida, 2010), de modo que se inclua a compreensão da clínica ampliada e do projeto terapêutico singular (Brasil, 2009).

A Clínica Ampliada se apresenta também como uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas para a produção do cuidado. Nela, a afetação após o encontro entre usuário de serviço de saúde e do trabalhador é mútua. O que permite essa mútua afetação é a “escuta da alteridade”, na qual se reconhece a validade dos discursos dos sujeitos presentes. A partir do funcionamento das Equipes de Referência o cuidado ali produzido não é determinado, a priori: pode ser construído em conjunto a partir deste encontro como um Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual favorece a adesão do sujeito ao seu tratamento, sua participação e o respeito à autonomia. Assim, “cuidar é um verbo que precisa ser encarnado em meio aos desassossegos que engendra” (Lavrador; Machado, 2009; p. 517).

Cinco eixos fundamentais estão previstos para o funcionamento da Clínica Ampliada: a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do “objeto de trabalho”; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais de saúde (Brasil, 2009).

A discussão de casos e formulação de PTS devem assim ocorrer em reuniões nas quais participam profissionais de referência do caso em questão e o apoiador ou a equipe de Apoio Matricial. Na atenção básica, geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são aqueles mais complexos. Nos hospitais ou em serviços especializados, muitas vezes deveriam ser feitos projetos terapêuticos singulares para

todos os casos. As unidades de urgência e emergência também podem adotar a mesma lógica interna de divisão por equipes de referência em relação aos leitos de observação ou de espera para internação e propor a construção de PTS. A finalidade destas discussões é rever e problematizar os casos, contando com aportes e possíveis modificações de abordagem como remanejamento das ações do PTS a partir das necessidades levantadas, podendo ou não ser incluídos ações do apoio ou de outros serviços de saúde da rede (Brasil, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular contém quatro movimentos: definição de hipóteses diagnósticas, com avaliação a respeito dos riscos e da vulnerabilidade dos sujeitos; definição de metas, com propostas de curto, médio e longo prazos a serem negociadas com o usuário; divisão de responsabilidades, que atribui a um profissional, com quem o paciente possui maior vínculo, a referência para a família; e a reavaliação, quando se discutirão as evoluções e serão realizadas as correções de rumo (Brasil, 2009).

Apesar das proposições da PNH, algumas ações de humanização comumente desenvolvidas, costumam ser iniciativas isoladas no contexto das instituições em que são propostas e tomam apenas algum aspecto da Política e não as recomendações em seu conjunto (Reis et al., 2004). Assim, a fragmentação das ações, somada à imprecisão e à fragilidade conceitual, resulta em que a humanização tenha “seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (Benevides; Passos, 2005b; p. 390).

A implantação do Programa de Humanização trouxe à tona os desequilíbrios no sistema de saúde, uma vez que se evidenciou a falta de assistência endêmica e a necessidade de mudança no estilo de gestão e na estrutura de como a atenção em saúde era realizada. Ainda, a atenção em contextos hospitalares permanece referenciada no discurso da medicina, com ênfase na ação curativa e assistencial e com menor valorização das ações preventivas ou das questões socioeconômicas ou subjetivas trazidas pela população atendida (Reis et al., 2004).

Deste modo, o cuidado enquanto direito se embasa na ética da corresponsabilidade, fundada na solidariedade e na cidadania. O reconhecimento da

alteridade torna-se um exercício de cidadania, uma vez que implica em coexistência pacífica e aprendizado com a diferença, de modo que se evitem as aversões sociais, como a xenofobia e os outros tipos de preconceitos. A responsabilização por outra pessoa, preocupação, o reconhecimento de sua dignidade e de sua integridade apontariam para um viver ético, que é parte da natureza humana (Silva Pereira, 2009).

III. TERAPIA OCUPACIONAL EM UNIDADES DE NEONATOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Whittemore e Knafl (2005) propõem uma metodologia de revisão integrativa de literatura com análise dos resultados baseada em métodos de análise de pesquisa qualitativa com estratégias que favoreçam o rigor metodológico desde a coleta dos dados até a análise e a síntese.

Segundo estas autoras, a revisão integrativa é a única abordagem que permite a inclusão simultânea de pesquisas com diversas metodologias, como as fontes empíricas e teóricas, com a finalidade de compreensão mais plena de um fenômeno. As revisões integrativas possuem uma ampla gama de propósitos: podem ser utilizadas para definir conceitos, rever teorias, rever provas e analisar questões metodológicas de um tema específico. As variadas fontes de pesquisa das revisões integrativas têm o potencial de construir um retrato abrangente de conceitos complexos, teorias ou análise sobre importantes problemas de saúde (Broome, 1993 Apud Whittemore; Knafl, 2005).

3.1. METODOLOGIA DA REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura foi composta por cinco etapas, sistematizadas conforme Whittemore e Knafl (2005), a saber: (i) identificação do problema de pesquisa; (ii) levantamento sistemático sobre estudos no campo; (iii) avaliação dos achados; (iv) análise de dados, considerando a redução de dados e sua comparação; (v) apresentação dos resultados. Foi também complementada por uma varredura manual de artigos, capítulos de livro e teses de doutorado com vistas a identificar materiais relevantes para o estudo.

Na **etapa I** foram definidos o tema do estudo (Terapia Ocupacional em Neonatologia), a pergunta de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão dos artigos,

os descritores utilizados na busca exploratória e as bases de dados para a pesquisa bibliográfica.

A pergunta elaborada foi: “*Quais as intervenções da Terapia Ocupacional e as demandas por seu cuidado em unidades hospitalares neonatais?*”. De acordo com os critérios de inclusão, foram incorporadas as publicações que responderam à pergunta. Foram excluídos os artigos que não responderam à pergunta, os artigos incompletos, os repetidos, os editoriais e as cartas.

Para definir as palavras-chave que seriam utilizadas nesta revisão integrativa foram consultados os descritores correlatos em língua portuguesa e inglesa na lista disponível na base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH)² na Biblioteca Virtual de Saúde. Para a coleta os artigos foram utilizadas as palavras-chave: “terapia ocupacional”, “neonatologia”, “unidades de terapia intensiva neonatal” e “recém-nascido”³. A coleta foi realizada em bases de dados eletrônicas, a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e o SciVerse Scopus (Scopus), que oferecem cobertura de artigos publicados em revistas indexadas nacionais e estrangeiras, respectivamente.

Na **etapa II**, fez-se o levantamento sistemático sobre estudos no campo, inicialmente foi delimitado dentro do período compreendido entre 1990 e 2016. Entretanto, o período foi estendido de 1986 a 2016 devido à inclusão de três artigos estrangeiros que se mostraram relevantes.

Foram realizadas buscas independentes nas Bases BVS e Scopus por duas pesquisadoras distintas, a estudante de mestrado e a orientadora, cuja finalidade foi a produção de duas listas independentes com título, resumo e palavras-chave do material identificado. A partir da identificação do material relevante, aplicaram-se os critérios de inclusão e de exclusão. A finalidade deste procedimento foi conferir melhor qualidade à revisão da literatura e garantir a validação do material encontrado (Gonçalo et al., 2012).

Realizou-se uma busca nas duas bases de dados por descritores e, por título, autor e resumo associando-se dois termos: “terapia ocupacional” AND neonatologia;

² Para categorização da produção bibliográfica latino-americana em saúde é utilizado o DeCS, versão traduzida, editada em português, inglês e espanhol adaptada do MeSH (Medical Subject Headings), que foi construída pela National Library of Medicine para categorização da literatura indexada a base MEDLINE.

³ Em língua inglesa: “Occupational Therapy”, “Neonatology”, “intensive care units/neonatal” e “newborn”, respectivamente.

“terapia ocupacional” AND “unidade neonatal”; “terapia ocupacional” AND “unidades de terapia intensiva neonatal”; “terapia ocupacional” AND recém-nascido. Foram identificados 483 artigos, conforme descrito na Figura 1. Após a leitura exploratória (Gil, 2006) dos títulos e resumos, foram excluídos, os artigos que não respondiam à pergunta orientadora foram excluídos, resultando em 138 artigos potencialmente relevantes.

Na **etapa III**, as pesquisadoras fizeram a comparação entre seus achados e, havendo concordância, foram aplicados os critérios de seleção dos achados e justificção das possíveis exclusões. Nos casos de discordância, discutiu-se para que se chegasse a um consenso. Ao final, foi produzida uma lista única, a qual representava o universo dos achados a serem estudados, ainda que de forma genérica. Ainda nesta etapa foi feita a segunda validação dos achados, em que as pesquisadoras definiram conjuntamente quais conteúdos fariam parte da lista definitiva, totalizando 28 artigos (Figura 1). A partir deste momento trabalhou-se com os textos completos, de maneira que se fizesse a leitura integral dos mesmos selecionados, visando verificar adequação do material à pergunta de pesquisa respondida.

Na **etapa IV**, o material foi analisado pelas pesquisadoras para verificar se os métodos utilizados, os resultados obtidos e as conclusões relatadas atendiam aos propósitos delimitados da questão da pesquisa. Nesta etapa, a redução de dados foi considerada como um primeiro agrupamento de informações com algumas características em comum entre os trabalhos selecionados.

A revisão integrativa da literatura também realizou, por varredura manual, o levantamento de capítulos de livros e de artigos em periódicos indexados ou não, no âmbito da produção nacional. A necessidade desta varredura ocorreu pelo fato de alguns periódicos nacionais terem sido indexados recentemente e, conseqüentemente, não se identificar nas bases de dados a produção anterior à indexação, bem como pela constatação de problemas na disponibilização de artigos na BVS de alguns desses periódicos a partir de 2012⁴. Não foi realizado o mesmo procedimento na literatura internacional, considerando a ampla produção na área e a

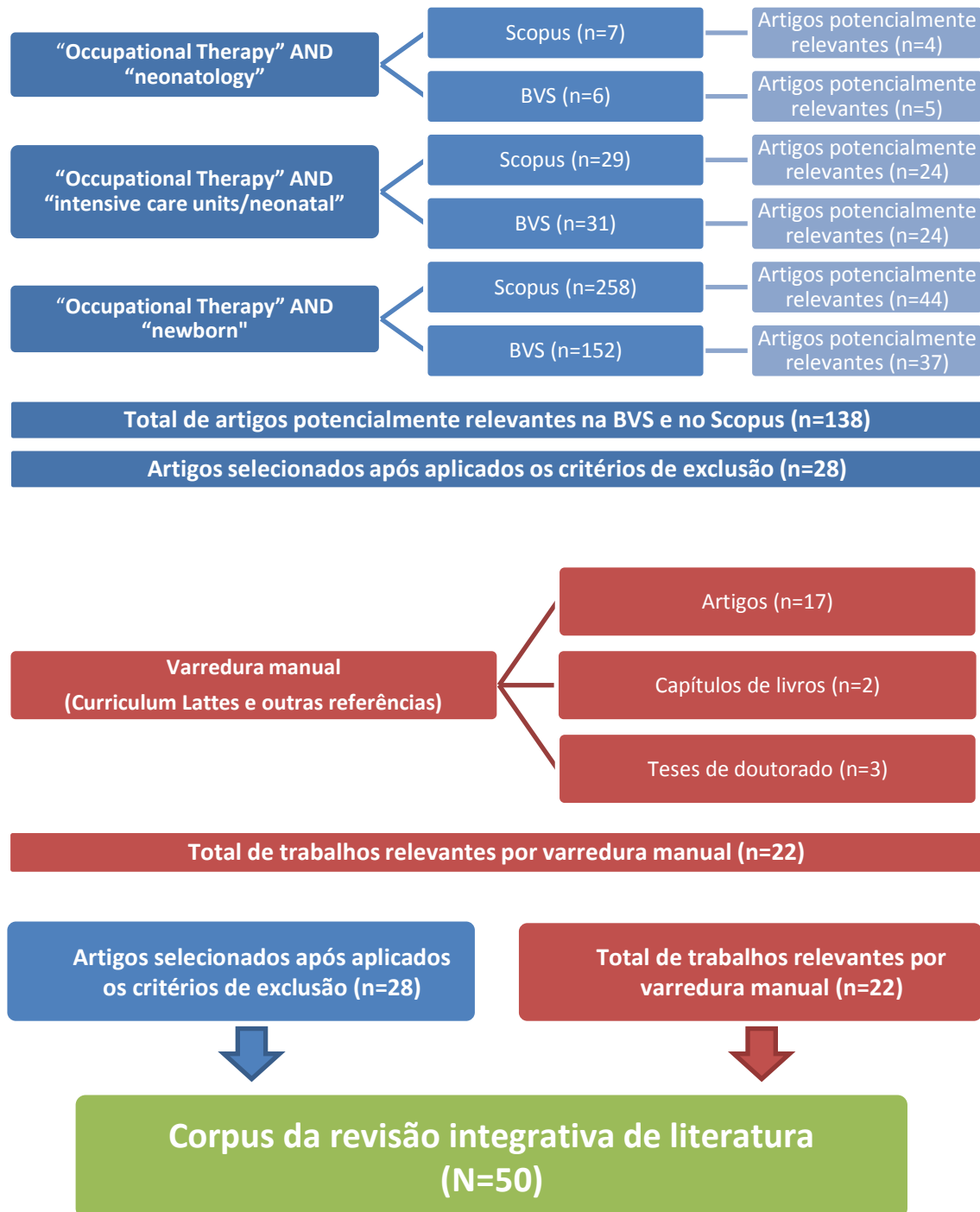
⁴Constatou-se que os periódicos: *Mundo da Saúde*, *Revista de Terapia Ocupacional da USP* e *Temas de Desenvolvimento* não estavam com suas produções a partir de 2012 disponibilizadas para consulta na BVS.

impossibilidade logística de se fazer a uma varredura consistente de livros e artigos internacionais em periódicos não indexados. Para completar a coleta, foi realizada consulta aos Currículos Lattes de três terapeutas ocupacionais com produções relevantes na área, identificadas na coleta dos artigos, de forma a poder incluir outras publicações relevantes. Resultaram da varredura manual, 22 trabalhos relevantes, distribuídos em 17 artigos, 2 capítulos de livro e 3 teses de doutorado.

O corpus final da revisão integrativa da literatura consistiu em 50 produções.

Na **etapa V** da pesquisa, foi realizada a leitura analítica do material (Gil, 2006) quando foi elaborado um quadro com os dados reduzidos a fim de encontrar os padrões iniciais e os padrões relacionados (Quadro1). A seguir foi realizada a leitura interpretativa (Gil, 2006) do corpus da pesquisa, para a descrição integrativa dos achados.

Figura 1: Fluxograma da seleção de artigos e outras produções para a revisão integrativa de literatura



Quadro 1: Características descritivas dos artigos incluídos na revisão da literatura: terapia ocupacional e neonatologia (1986-2016)

Ref	Autor	Ano	Periódico	País de afiliação institucional do autor	Tipo de publicação	Tipo de produção	Categorização / Foco	Tema principal
1.	Alves CO; Rodrigues RP; Dittz ES	2008	REME Revista Mineira de Enfermagem	Brasil	Artigo	Relato de experiência	Intervenção com a família	Acolhimento ao familiar do RN internado
2.	Anderson J	1986	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção com o neonato	Intervenção sensorial junto ao RN
3.	Anderson LJ; Anderson JM.	1988	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Relato de experiência	Intervenção com o neonato	Órtese de mão para o RN
4.	Anzalone ME	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Capacitação profissional	Discussão ética sobre a especialização do terapeuta ocupacional em neonatologia
5.	Avilés C	2010	Rev. chil. ter. ocup	Chile	Artigo	Relato de experiência	Intervenção plena	Atuação da terapia ocupacional em neonatologia
6.	Barros DCC; Pereira EDA; Cavalcante MCV; Nunes MV; Marques PF; Fernandes RT; Lamy ZC	2010	Rev Pesq Saúde	Brasil	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção com o neonato	Utilização do método mãe-canguru
7.	Cardoso, A. dos S.; Lima, A. M.; Maximino, V. S.; Specian, C. M.	2010	Cad. Ter. Ocup. UFSCar	Brasil	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção com o neonato	Dor neonatal
8.	Caretto V; Topolski KF; Linkous CM; Lowman DK; Murphy SM	2000	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção com o neonato	Orientação da alimentação de RN em UTIN
9.	Dewire A; White D; Kanny E; Glass R	1996	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Capacitação profissional	Capacitação do terapeuta ocupacional para atuação em UTIN
10.	Dittz ES	2009	---	Brasil	Tese de doutorado	Pesquisa qualitativa	Intervenção com o familiar	A mãe no cuidado do RN em UTIN
11.	Dittz ES; Madeira LM; Duarte E D	2004	REME. Revista Mineira de Enfermagem	Brasil	Artigo	Relato de experiência	Intervenção com a família	Acolhimento materno ao RN internado
12.	Dittz ES; Malloy-Diniz I F	2006	REME. Revista Mineira de Enfermagem	Brasil	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção com o neonato	Dor neonatal
13.	Dittz ES; Melo DCC; Pinheiro ZMM	2006	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	Brasil	Artigo	Relato de experiência	Intervenção com a família	Assistência à mãe e à família do RN internado

Quadro 1 (continuação)

Ref	Autor	Ano	Periódico	País de afiliação institucional do autor	Tipo de publicação	Tipo de produção	Categorização/ Foco	Tema principal
14.	Dittz ES; Mota JAC; Sena RR	2008	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	Brasil	Artigo	Pesquisa qualitativa	Intervenção com a família	Estudo do cotidiano de mães de RN internados
15.	Dittz ES; Sena RR; Motta JAC; Duarte ED	2011	Ciencia y Enfermeria XVII	Brasil	Artigo	Pesquisa qualitativa	Intervenção com a família	Cuidado materno ao RN em UTIN
16.	Duarte ED; Dittz ES, Silva BCN; Rocha LLB	2013	Rev Rene	Brasil	Artigo	Relato de experiência	Intervenção com a família	Grupo de apoio às mães de recém-nascidos
17.	Duarte ED; Sena RR; Dittz ES; Tavares TS; Lopes AFC; Silva PM	2012	Texto Contexto Enferm	Brasil	Artigo	Pesquisa qualitativa	Intervenção com a família	Família no cuidado ao neonato
18.	Dudek-Shriber L	2004	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção com a família	Estresse familiar em UTIN
19.	Edwards MA; Millard P; Praskac LA; Wisniewski PA	2003	Occupational Therapy International	Estados Unidos	Artigo	Pesquisa qualitativa	Intervenção com a família	Abordagem centrada na família em intervenção precoce
20.	Ferreira APA; Albuquerque RC; Rabelo,ARM; Farias FC; Correia RCB; Gagliardo HGRC; Lima ACVMS	2011	RevBrasCresc e Desenv Hum;	Brasil	Artigo	Pesquisa quali-quantitativa	Intervenção com o neonato	Comportamento visual e desenvolvimento motor do RN pré-termo
21.	Gadelha MLL; Moreno RLR; Matos VC; Vasconcelos MH; Holanda ICLC	1999	Revista RECOS	Brasil	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção plena	Influencia da terapia ocupacional na intervenção precoce em RN de alto risco
22.	Gaebler CP; Hanzlik JR	1996	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção com o neonato	Estimulação pré-alimentação de RN pré-termo
23.	Gibbs D; Boshoff K; Lane A	2010	British Journal of Occupational Therapy	Reino Unido, Austrália e Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção com a família	Ocupação dos pais de neonatos em UTIN
24.	Gibbs DP; Boshoff K; Stanley MJ	2016	Canadian Journal of Occupational Therapy	Reino Unido, Austrália	Artigo	Pesquisa qualitativa	Intervenção com a família	Ocupação dos pais de neonatos em UTIN

Quadro 1 (continuação)

Ref	Autor	Ano	Periódico	País de afiliação institucional do autor	Tipo de publicação	Tipo de produção	Categorização/ Foco	Tema principal
25.	Gorga D	1989	Am J OccupTher;	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Atuação da terapia ocupacional em intervenção precoce
26.	Gorga D	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Atuação da terapia ocupacional em UTIN
27.	Holloway E	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção com a família	Colaboração terapia ocupacional-pais na UTIN
28.	Hunter J; Mullen J; Dallas DV	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Diretrizes para a atuação da terapia ocupacional em UTIN
29.	Hyde AS; Jonkey BW	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Relato de experiência	Capacitação profissional	Capacitação do terapeuta ocupacional para a intervenção em UTIN
30.	Joaquim RHVT	2008	Cad. Ter. Ocup. UFSCar	Brasil	Artigo	Pesquisa quali-quantitativa	Intervenção com a família	Capacitação de mães de bebês pré-termo em UTIN
31.	Joaquim RHVT	2008	---	Brasil	Tese de doutorado	Pesquisa quali-quantitativa	Intervenção com a família	Capacitação de mães de bebês pré-termo em UTIN
32.	Joaquim RHVT; El-Khatib U; Barba PCSD	2016	Cad. Ter. Ocup. UFSCar	Brasil	Artigo	Pesquisa qualitativa	Intervenção com a família + capacitação profissional	Capacitação do terapeuta ocupacional para a intervenção em UCINCo
33.	Joaquim RHVT; Silvestrini MS; Marini BPR	2014	Cad. Ter. Ocup. UFSCar	Brasil	Artigo	Relato de experiência	Grupo de mães de bebês prematuros	Grupo de Terapia Ocupacional com as mães
34.	Medeiros JSS; Mascarenhas MFPT	2010	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	Brasil	Artigo	Pesquisa quali-quantitativa	Banho humanizado de bebês em enfermaria canguru	Intervenção com o neonato
35.	Meyerhof PG	1994	Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria	Brasil	Capítulo de livro	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Intervenção com o neonato
36.	Meyerhof PG	1996	---	Brasil	Tese de doutorado	Pesquisa quali-quantitativa	Intervenção plena	Qualidade de vida em uma unidade neonatal
37.	Meyerhof PG	1997	Temas sobre desenvolvimento	Brasil	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção com o neonato	Intervenção junto ao neonato em berçário de cuidados especiais

Quadro 1 (continuação)								
	Autor	Ano	Periódico	País de afiliação institucional do autor	Tipo de publicação	Tipo de produção	Categorização/ Foco	Tema principal
38.	Miller H	1997	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Exposição pré-natal à cocaína e interação mãe-bebê
39	Miller MQ; Quinn-Hurst M	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção com o neonato	Avaliação neurocomportamental de RN em UTIN
40.	Mira OA; Bastías LR	2006	Rev. chil. ter. ocup.	Chile	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Atuação da terapia ocupacional em UTIN
41.	Monfort K; Case-Smith J	1997	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Pesquisa quali-quantitativa	Intervenção com o neonato	Posicionamento na rotação escapular do RN em UTIN
42.	Monteiro RCS	2007	Terapia Ocupacional - fundamentação & prática	Brasil	Capítulo de livro	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Atuação da terapia ocupacional em neonatologia
43.	Moreno RLR; Jorge MSB	2005	Ciência, Cuidado e Saúde Maringá	Brasil	Artigo	Pesquisa qualitativa	Intervenção com a família	Cuidado materno na UTIN
44.	Mouradian LE; Als H	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção com o neonato	Intervenção no funcionamento motor do RN pré-termo
45.	Nightlinger K	2011	Neonatal Netw	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Intervenção plena	Papel da terapia ocupacional em UTIN na promoção do desenvolvimento
46.	Obana, AY; Oshiro M	2002	Cadernos. Centro Universitário São Camilo	Brasil	Artigo	Relato de experiência	Intervenção plena	Atuação da terapia ocupacional com bebês de risco em unidade neonatal
47.	Olson JA; Baltman K	1994	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Relato de experiência	Intervenção plena	Atuação da terapia ocupacional em UTIN
48.	Otoni ACS; Grave MTQ	2014	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo	Brasil	Artigo	Pesquisa quantitativa	Intervenção com o neonato	Observação dos sinais neurocomportamentais do neonato durante procedimento
49.	Pierce D; Frank GA	1992	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Relato de experiência	Intervenção com a família	Análise feminista sobre o trabalho materno de crianças com múltiplas condições crônicas
50.	Vergara E; Anzalone M; Bigsby R; Gorga D; Holloway E; Hunter J; Laadt G; Strzyewski S	2006	Am J OccupTher	Estados Unidos	Artigo	Fundamentação teórica e diretrizes para intervenção	Capacitação profissional	Conhecimento e habilidades para o trabalho do terapeuta ocupacional em UTIN

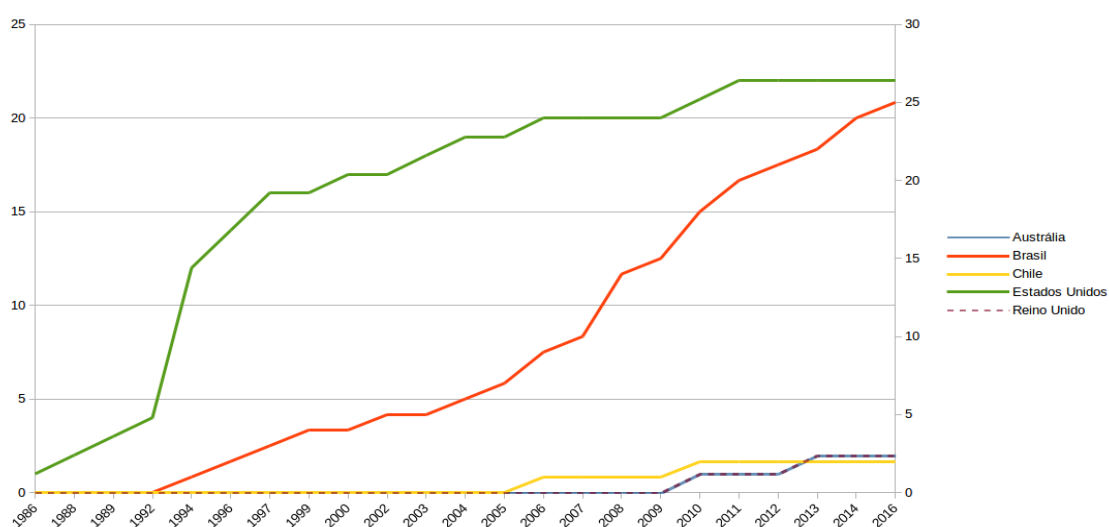
3.2. Resultados e Discussão

3.2.1. Caracterização da produção

O corpus final da revisão de literatura integrativa consistiu em 50 produções, das quais 25 eram estrangeiras e 25, brasileiras. Os trabalhos encontrados estão divididos em artigos em periódicos estrangeiros (n=25), artigos em periódicos brasileiros (n=20), capítulos de livro (n=2) e teses de doutorado (n=3).

Em relação à pergunta norteadora desta revisão integrativa, observa-se uma diferença de oito anos entre o início das publicações nacionais e estrangeiras (Figura 2). Enquanto os estudos brasileiros apontam uma tendência de crescimento pequena, mas constante, os estrangeiros diminuíram seu crescimento a partir de 2005, parecendo ter estabilizado desde 2011. Ao mesmo tempo, a disponibilidade de artigos on-line gerou visibilidade aos artigos publicados em outros periódicos estrangeiros latino-americanos, como a Revista de Terapia Ocupacional do Chile, cuja publicação se iniciou em 2001.

Figura 2: Comparação entre número de publicações por países no período de 1986 a 2016.



Na produção estrangeira foram encontrados artigos de periódicos de apenas 4 países, os Estados Unidos (n=21), Chile (n=2), Canadá (n=1) e Reino

Unido (n=1), com a maior parte das publicações concentrada no *American Journal of Occupational Therapy* (n=19) (Tabela 1). Neste periódico destaca-se o ano de 1994, quando se produziu um número especial sobre Terapia Ocupacional e Neonatologia, do qual foram selecionados oito artigos para esta revisão, que traziam diretrizes para a atuação do terapeuta ocupacional na Unidade Neonatal.

Tabela 1 - Países de afiliação dos periódicos estrangeiros

Países	Periódico	Artigos (n)
Canadá	<i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>	1
Chile	<i>Revista Chilena de Terapia Ocupacional</i>	2
Estados Unidos	<i>American Journal of Occupational Therapy</i>	19
	<i>Neonatal Network</i>	1
	<i>Occupational Therapy International</i>	1
Reino Unido	<i>British Journal of Occupational Therapy</i>	1
TOTAL		25

Os periódicos com maior número de publicações brasileiras são: *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* (n=4), a *Revista Mineira de Enfermagem (REME)* e a *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* (n=3). As demais publicações se encontram pulverizadas entre outros 11 periódicos científicos (Tabela 2).

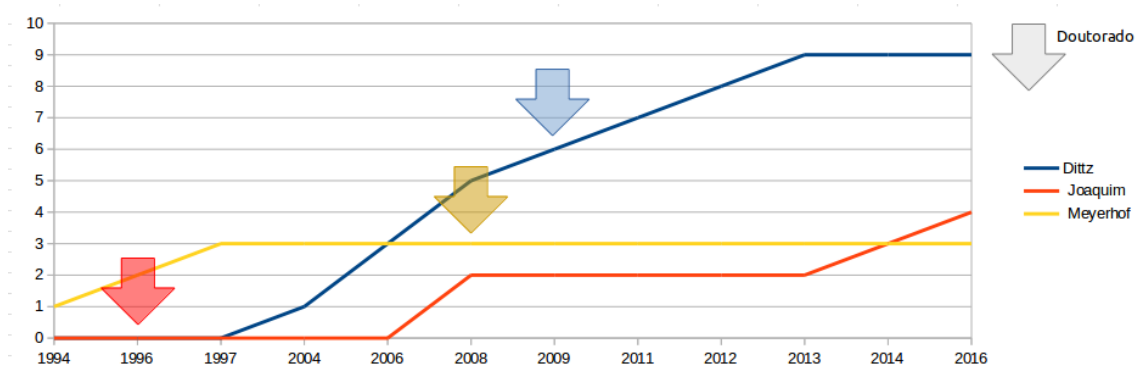
Tabela 2 - Número de publicações em periódicos brasileiros (1986 a 2016)

Periódicos brasileiros	Artigos (n)
<i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar</i>	4
<i>Revista Mineira de Enfermagem - REME</i>	3
<i>Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo</i>	3
<i>Cadernos Centro Universitário São Camilo</i>	1
<i>Ciência, Cuidado e Saúde Maringá</i>	1
<i>Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano</i>	1
<i>Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</i>	1
<i>Revista Ciencia y Enfermería XVII*</i>	1
<i>Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE</i>	1
<i>Revista de Pesquisa em Saúde</i>	1
<i>Revista RECOS</i>	1
<i>Temas sobre desenvolvimento</i>	1
<i>Texto Contexto Enfermagem</i>	1
TOTAL	22

*Embora seja uma revista chilena, os autores que publicaram são brasileiros

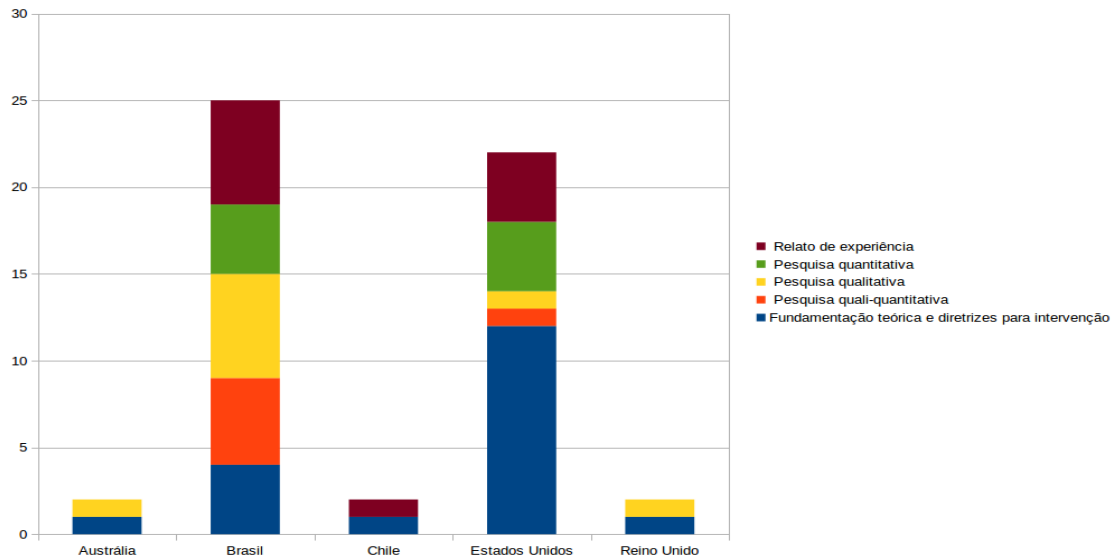
No que se refere ao país de filiação dos autores, foram identificados que, das 50 produções 3 australianos, 25 brasileiros, 1 britânico, 2 chilenos e 24 estadunidenses. A maior parte da produção nacional está concentrada em três pesquisadoras, cujo ano de início de publicação é próximo à defesa de doutorado (Figura 3).

Figura 3: Distribuição da produção das três maiores pesquisadoras em neonatologia brasileiras no período de 1986 a 2016.



A produção foi classificada quanto ao tipo em: relato de experiência (n=11), pesquisa quantitativa (n=8), pesquisa qualitativa (n=8); pesquisa quali-quantitativa (n=6) e fundamentação teórica e diretrizes para a intervenção (n=17), conforme a Figura 4. Dentre estes últimos, uma publicação era britânica, uma chilena, 4 brasileiras e 11 estadunidenses, sendo 8 da edição especial da *American Journal of Occupational Therapy*.

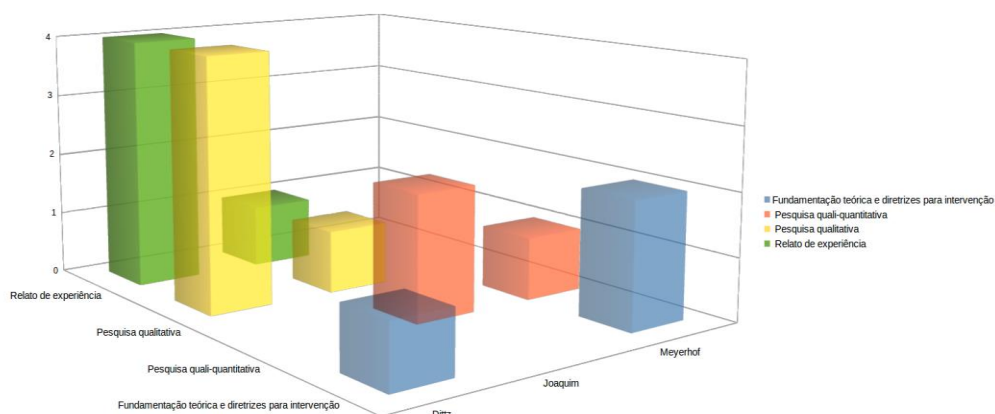
Figura 4: Categorização por tipo de produção dividido por países de afiliação dos autores (1986 a 2016)



É importante ressaltar que na revisão da literatura foram encontrados dois trabalhos realizados em colaboração de autores de diferentes países (Quadro 1). Na análise da literatura foram identificados mais relatos de experiência nacionais que estrangeiras, conforme Figura 4. Observa-se uma tendência maior de pesquisas quantitativas estadunidenses e de pesquisa qualitativa nacional. Entretanto, há que se lembrar que a revisão nacional incluiu produção por varredura manual e que, portanto, não é fidedigno se realizar comparações acerca de tendências da produção.

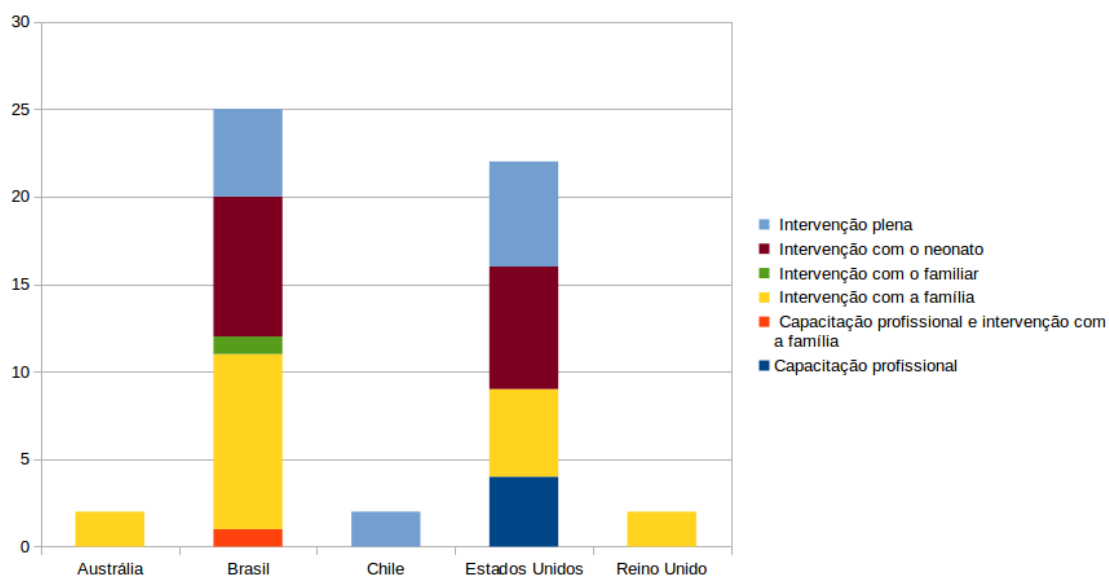
Em relação aos tipos de produção das pesquisadoras nacionais com maior número de artigos identificados, Dittz e colaboradores apresentam mais trabalhos classificados como relato de experiência e pesquisa qualitativa, Joaquim, de pesquisa quali-quantitativa, e Meyerhof de fundamentação teórica (Figura 5).

Figura 5: Distribuição dos tipos de produção das três maiores pesquisadoras em neonatologia brasileiras (1986 a 2016)



Na análise temática dos artigos encontrados foram levantados quatro grandes temas correlacionados à atuação da Terapia Ocupacional em unidades neonatais, a saber: (i) intervenção junto ao neonato; (ii) intervenção junto à família; (iii) O papel da Terapia Ocupacional em neonatologia: sínteses e diretrizes para a intervenção plena (compreendida como aquela que inclui várias facetas da atenção da Terapia Ocupacional no campo), e (iv) capacitação do terapeuta ocupacional para o trabalho em neonatologia (Figura 6).

Figura 6: Categorização da produção por temas por país de afiliação dos autores (1986 a 2016)



Observa-se por meio da Figura 6 que a produção brasileira se constitui em sua maior parte de trabalhos sobre intervenção com a família, seguida da intervenção com o neonato e por fim da intervenção plena. Identifica-se na produção nacional um trabalho acerca da capacitação profissional. Já a produção estadunidense apresenta um enfoque maior junto ao neonato, seguida de artigos que apresentam diretrizes para intervenção plena com destaque para a capacitação profissional.

3.2.2. Conteúdo dos artigos: apresentação e discussão

3.2.2.1. A intervenção da Terapia Ocupacional junto ao neonato

A revisão da literatura aponta que, junto ao neonato, 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. O campo de atuação profissional existe tanto dentro de uma unidade de terapia intensiva neonatal (Anderson, 1986; Anderson; Anderson, 1988; Barros et al., 2010; Cardoso et al., 2010; Caretto et al., 2000; Dittz; Malloy-Diniz, 2006; Gaebler; Hanzlik, 1996; Medeiros; Mascarenhas, 2010; Meyerhof, 1994; Miller; Quinn-Hurst, 1994; Monfort; Case-Smith, 1997; Monteiro, 2007; Mouradian; Als, 1994; Otoni; Grave, 2014) quanto em berçários, atualmente denominadas UCINCo (Meyerhof, 1997; Joaquim, 2008). Em alguns países os profissionais de Terapia Ocupacional podem realizar procedimentos distintos do que se encontra comumente na literatura, como nos Estados Unidos, onde o terapeuta ocupacional é o profissional que dá orientações aos pais sobre a alimentação dos recém-nascidos internados na UTIN (Caretto et al., 2000; Gaebler; Hanzlik, 1996;).

O papel do terapeuta ocupacional que atua em unidades neonatais é o de prevenir atrasos no desenvolvimento global, mediante intervenção sensorial junto ao recém-nascido (Anderson, 1986), além de realizar o posicionamento adequado no leito durante a internação hospitalar prolongada (Meyerhof, 1994;

Monfort; Case-Smith, 1997; Monteiro, 2007). Também deve fazer parte desta intervenção a atenção para a especificidade da prescrição e da confecção de órteses para bebês internados em berçários de cuidados intensivos, haja vista que nem sempre as abordagens terapêuticas tradicionais utilizadas no tratamento de outras populações são adequadas para evitar deformidades progressivas em crianças prematuras e recém-nascidas. Como fatores que limitariam a indicação do uso das órteses, Anderson e Anderson (1988) referem: a instabilidade clínica, limitações de tempo, a falta de participação da família no programa terapêutico, a complexidade do programa de tratamento e o medo de prejudicar o bebê.

As aquisições visuais e motoras no primeiro semestre de vida são fatores que podem interferir no aprendizado e no desenvolvimento infantil. Para identificar possíveis alterações no comportamento visual de recém-nascidos pré-termo no primeiro mês de vida, a literatura aponta a aplicação do Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes, um instrumento baseado em estudos longitudinais em lactentes de alto risco (Ferreira et al., 2011).

A literatura também indica a intervenção dirigida ao recém-nascido pré-termo durante a sua internação na UTIN dentro de uma abordagem de cuidado baseada na teoria síncrono-ativa (Meyerhof, 1994; Mira; Bastías, 2006; Monteiro, 2007; Mouradian; Als, 1994; Otoni; Grave, 2014). Esta resultou em melhora do funcionamento do sistema motor dos pacientes internados em comparação com crianças atendidas na mesma UTIN antes da adoção dessa abordagem (Mouradian; Als, 1994). Por sua vez, a literatura refere que as avaliações neurocomportamentais realizadas na UTIN permitem oferecer importantes informações sobre os neonatos internados e favorecer a definição sobre a conduta terapêutica e orientação aos pais sobre o desenvolvimento dos filhos (Miller; Quinn-Hurst, 1994). A observação dos sinais neurocomportamentais do neonato durante o procedimento segundo roteiro baseado nesta teoria permite pensar em ações dirigidas à humanização da UTIN (Otoni; Grave, 2014).

A produção nacional também discorre sobre a assistência humanizada ao recém-nascido pré-termo internado em unidades hospitalares no Brasil, conhecido como o Método Canguru (Barros et al., 2010; Monteiro, 2007;

Medeiros; Mascarenhas, 2010). Este método consiste em uma Política Nacional de Saúde que busca a melhoria da qualidade da assistência oferecida a esta população (Brasil, 2002; 2011). Na literatura, discutem-se os benefícios da posição canguru em uma unidade neonatal (Barros et al., 2010), assim como a adequação do banho humanizado nos bebês prematuros e de baixo peso internados em uma enfermaria canguru, constatando-se que o banho humanizado favorece a auto-organização destes neonatos (Medeiros; Mascarenhas, 2010).

Os procedimentos de cuidado realizados em uma unidade neonatal podem desencadear estresse e dor no neonato. O seu impacto é medido em alterações comportamentais e hemodinâmicas que têm repercussão no desenvolvimento neuropsicológico a curto, médio e longo prazo. Medidas não farmacológicas de alívio da dor e organização da rotina de procedimentos favorecem com que esta situação estressante seja minimizada e o neonato esteja menos vulnerável às consequências danosas da internação hospitalar (Cardoso et al., 2010; Dittz; Malloy-Diniz, 2006; Meyerhof, 1994).

A intervenção do terapeuta ocupacional também ocorre no ambiente que envolve o neonato, tendo em vista que o contexto hospitalar pode apresentar estímulos ambientais excessivos (ruído, luminosidade) e não adequados para um recém-nascido (Anderson, 1986; Meyerhof, 1994). Isto corrobora com o entendimento sobre a importância de se criar um ambiente favorável para o desenvolvimento dos recém-nascidos (Baldini; Krebs, 2010). Este ambiente deve ser compreendido como o espaço vital em que ocorre a adaptação ao mundo, os procedimentos inerentes ao processo de hospitalização dos neonatos, a construção de vínculos afetivos e familiares e as trocas destes bebês com os estímulos provenientes deste meio.

3.2.2.2. A intervenção da Terapia Ocupacional junto à família

A intervenção na rotina hospitalar de internação do neonato implica na inclusão dos pais como cuidadores imediatos dos bebês (Dittz, 2009; Dittz et al., 2011; Duarte et al., 2012; Moreno; Jorge, 2005). Sua participação favorece o fortalecimento do papel parental e o estreitamento de vínculo afetivo familiar. A capacitação dos genitores para realizar as atividades de vida diária de seus filhos se transforma em maior aptidão e segurança para realizar os cuidados deste bebê em domicílio (Dittz, 2009; Dittz et al., 2011; Duarte et al., 2012; Joaquim, 2008; Joaquim et al., 2016; Moreno; Jorge, 2005) e reverte no favorecimento da relação mãe-bebê (Dittz et al., 2004; Dittz, 2009; Joaquim, 2008; Joaquim et al., 2016). Um trabalho nacional, em particular, desenvolveu um programa de capacitação para mães ou cuidadores de neonatos prematuros durante a estadia do bebê em unidades de internação pós-UTI (Joaquim, 2008).

O alojamento materno de recém-nascidos internados pode ser um facilitador para que mulheres residentes em municípios distantes do hospital possam permanecer acompanhando seu filho internado na UTIN (Dittz et al., 2004). Para conhecer o cotidiano das mães destes recém-nascidos foram realizados estudos que apontaram a necessidade de adaptação dessas mulheres a esta nova rotina com as normas institucionais, a importância dos relacionamentos interpessoais vivenciados neste espaço e o papel do profissional de saúde para acolher essas famílias (Dittz et al., 2008), além de se evidenciarem outras possibilidades de participação materna nos cuidados dos bebês internados (Dittz et al., 2011).

Outra estratégia bastante difundida para o cuidado com estes familiares são os grupos de acolhimento às mães de recém-nascidos internados na unidade neonatal (Alves et al., 2008; Duarte et al., 2013; Joaquim et al., 2014; Joaquim et al., 2016). Estes grupos abordam questões trazidas pelas mães que acompanham o cotidiano de internação hospitalar dos seus filhos, oferecendo-

lhes um espaço de cuidado, identificação, expressão e compartilhamento para estas mulheres.

Dittz, et al. (2006) citam Holloway, e Gordin e Johnson⁵ e se referem ao cuidado centrado na família como sendo:

Uma filosofia que reconhece e respeita o papel que a família desempenha na vida da criança, bem como procura identificar as preocupações, prioridades e recursos dessa família, estimulando-a a encontrar força através de estratégias de apoio para o desempenho do seu papel de cuidador (Holloway, 1994, p. 535). Fundamenta-se em uma parceria mutuamente benéfica entre os envolvidos no cuidado do bebê – mães e demais membros da família, assim como profissionais de saúde – visando o bem-estar da criança (Gordin; Johnson, 1999, apud Dittz et al. 2006, p. 44).

O cuidado centrado na família foi um tema recorrente em alguns estudos: (i) a aplicação de uma escala para avaliar o estresse parental na UTIN (Dudek-Shriber, 2004); (ii) a aplicação de um instrumento para compreender a ocupação dos pais dos recém-nascidos internados em UTIN (Gibbs et al., 2010); (iii) um estudo para identificar os fatores que encorajavam ou inibiam a prática centrada na família na intervenção da Terapia Ocupacional (Edwards et al., 2003); (iv) uma análise feminista sobre o trabalho materno de crianças com múltiplas condições crônicas (Pierce; Frank, 1992); e (v) a abordagem baseada nas ocupações como uma maneira de envolver os pais nos cuidados de seus filhos na UTIN (Gibbs et al., 2016).

Dentre os estudos brasileiros, poucos são os que abordam o cuidado a partir do referencial da integralidade (Dittz et al., 2004; 2006; Dittz, 2009; Duarte et al., 2012). Este conceito foi desenvolvido no âmbito da Política Nacional de Saúde brasileira que norteia a produção de cuidado e remete a dois pressupostos: o sujeito, como sendo o foco de múltiplos cuidados e a integralidade na rede, em que se considera o hospital como uma das “estações de cuidado”, a partir da qual o usuário vai continuar os cuidados com a sua saúde (Cecilio; Merhy 2013).

Dittz (2009) citando Pinheiro reflete que: “a busca da integralidade da assistência pode ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e tem,

⁵ Gordin P; Johnson BH. Technology and Family-centered perinatal care: conflict or synergy? J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 1999;28(4):401-8.

em suas concepções, a ideia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades” (Pinheiro, 2009, p. 24). Para a autora, “oferecer uma assistência na UTIN que contemple os sentidos e significados da integralidade implica no encontro entre profissionais de saúde, o recém-nascido e a mãe, reconhecendo-os em sua alteridade” (Dittz, 2009, p. 24).

3.2.2.3. O papel da Terapia Ocupacional em neonatologia: sínteses e diretrizes para a intervenção plena.

Algumas produções identificadas nesta revisão apresentam uma perspectiva multifacetada da intervenção do terapeuta ocupacional em neonatologia, aqui identificada como intervenção plena. Esta produção inclui, de modo articulado a intervenção com o neonato propriamente dita, uma descrição mais detalhada do trabalho com a família e a intervenção no ambiente hospitalar.

Em termos de diretrizes gerais para a atuação da Terapia Ocupacional em UTIN, os primeiros trabalhos a serem publicados em Terapia Ocupacional foram o de Gorga (1994); Hunter et al. (1994), no número especial sobre TO em neonatologia do *American Journal of Occupational Therapy*. Mira e Bastías (2006) apresentam abordagem semelhante na *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Nightlinger (2011), mais recentemente, retoma as diretrizes sobre o papel do terapeuta ocupacional na promoção do desenvolvimento na UTIN para uma intervenção mais plena com o neonato e a família, mostrando-se como uma interessante referência na área.

Outros trabalhos também apresentam aspectos articulados do atendimento ao neonato, à família e ao ambiente, ora oferecendo fundamentação teórica e diretrizes para atuação ou apresentando resultados de pesquisa ou relatos de experiência. Holloway (1994) discute a colaboração entre a família e o terapeuta ocupacional no cuidado do neonato. Meyerhof (1996) estuda a intervenção junto ao neonato e no ambiente da unidade hospitalar neonatal. Miller (1997) realiza uma revisão de literatura sobre a interação entre mãe e bebê após exposição pré-natal à cocaína e trazem a discussão sobre

possíveis prejuízos ao desenvolvimento fetal e do neonato, além do vínculo mãe e bebê, nestes casos. Olson e Baltman (1994) discutem sobre o trabalho de sustentação do desenvolvimento emocional e saúde mental infantil iniciado em uma UTIN. Os relatos de experiência publicados por Avilés (2010), Obana e Oshiro (2002) ilustram, em uma perspectiva mais ampliada, a atuação com bebês de risco em unidades neonatais.

Em relação à intervenção precoce Gorga (1989) discute sobre a eficácia da intervenção da Terapia Ocupacional. A produção também remete ao acompanhamento ambulatorial precoce dos bebês de risco pós-alta hospitalar, que ocorre periodicamente até os sete anos de idade (Gadelha et al., 1999). Destaca-se a importância da intervenção da Terapia Ocupacional precoce no primeiro ano de vida junto a recém-nascidos de alto risco, desde o período de internação hospitalar, que, conforme estudo favorece melhor prognóstico e menos sequelas irreversíveis do que quando estes pacientes chegam encaminhados tardiamente ao setor, com sequelas já instaladas.

3.2.2.4. Capacitação do terapeuta ocupacional para o trabalho em neonatologia

Os artigos selecionados sobre o tema se referem à discussão ética sobre a especialização do terapeuta ocupacional em neonatologia (Anzalone, 1994), a necessidade de capacitação do terapeuta ocupacional para atuação em UTIN (Dewire et al., 1996; Hyde; Jonkey, 1994) e quais as especificidades do campo de atuação do terapeuta ocupacional nas unidades neonatais (Vergara et al., 2006). Hunter et al. (1994) colaboram com um guia de terminologias clínicas médicas dirigidas à atuação do terapeuta ocupacional na unidade neonatal.

Embora não se denominem como diretrizes, trazem no seu conteúdo aspectos ligados à especificidade da atuação do terapeuta ocupacional nesta área e contribuem com propostas para o atendimento desta população.

Um artigo publicado por Joaquim et al. (2016) traz a experiência do oferecimento de um projeto de extensão universitária no qual alunos de graduação de Terapia Ocupacional realizam atividades em três eixos articulados entre si, dirigidas por diferentes docentes: (i) a prática no hospital, no grupo de mães e a visita domiciliar no pós-alta; (ii) fundamentação teórica no grupo de supervisão dos temas referentes à hospitalização; e (iii) grupo de reflexão, no qual se propunha um processo de autoconhecimento em articulação com o processo da prática da Terapia Ocupacional. As autoras avaliaram que esta metodologia de ensino foi adequada, tendo atingido os objetivos esperados de possibilitar a apropriação do papel de profissional da saúde pelos alunos. Este trabalho aponta para uma mudança nos processos de capacitação para o trabalho do terapeuta ocupacional em neonatologia com vistas a uma formação mais complexa e integrada dos modos de pensar e fazer. Isto se deve ao processo pedagógico oferecido de convidar o estudante a refletir sobre a própria prática e perceber a afetação mútua que acontece entre terapeuta ocupacional e paciente no processo do cuidado.

3.2.3. Considerações finais da revisão da literatura

A revisão integrativa da literatura sobre atuação do terapeuta ocupacional em unidades neonatais identificou uma produção predominante em periódicos estadunidenses, tendo sido encontrado um artigo publicado na revista canadense e um na britânica, em um período de 30 anos. Nenhuma publicação nos periódicos escandinavo e australiano foi encontrada. Esta constatação nos convida a refletir sobre o grau de consolidação da pesquisa e da prática do terapeuta ocupacional em unidades de internação neonatais. Sem dúvida, percebe-se a necessidade de outros estudos a partir de metodologias distintas para que se possa compreender com mais clareza esta tendência.

Percebe-se que no início dos anos 90 houve uma iniciativa da Associação Norte Americana de Terapia Ocupacional em definir diretrizes para o trabalho da Terapia Ocupacional em neonatologia nos Estados Unidos, tal como evidenciado no periódico temático publicado em junho de 1994. Esta tendência não foi

verificada em outros países, inclusive no Brasil. Entretanto, é importante destacar que, nesta edição, constata-se a presença marcante de pesquisadores como H. Als e T. Brazelton, que passam a servir de referência estadunidense e, posteriormente, brasileira para a intervenção direta do terapeuta ocupacional junto ao neonato hospitalizado (Meyerhof, 1994; 1996; Gadelha et al., 1999; Obana; Oshiro, 2002; Barros et al., 2010; Joaquim, 2008; 2014; Otoni; Grave, 2014) e chilena (Mira; Bastías, 2006; Avilès, 2010). Na produção de Erika Dittz encontra-se alguma influência da perspectiva do cuidado centrado na família, de origem norte americana (Holloway, 1994).

Dittz é terapeuta ocupacional e pesquisadora brasileira com maior influência da Saúde Coletiva, que inicia a reflexão sobre o que seria a atenção neonatal a partir da integralidade do cuidado, sendo sua produção majoritariamente destinada ao tema do cuidado de mães e família em grupos em unidades neonatais (Alves et al., 2008; Dittz, 2009; Dittz et al., 2004; 2006; 2008; 2011; Duarte et al., 2013. Joaquim (2008; 2014; 2016) também desenvolve seu trabalho com mães, com vistas à capacitação das mães para o cuidado dos seus bebês, refere à promoção da humanização do cuidado no contexto hospitalar, com ênfase nas orientações sobre o desenvolvimento infantil e traz a vivência da atuação do terapeuta ocupacional na unidade neonatal em programa de extensão universitária.

Nesta revisão integrativa que contemplou um período de 30 anos de publicações observou-se que a maior parte da produção nacional sobre a atuação da Terapia Ocupacional em neonatologia se iniciou há cerca de 10 anos. Entretanto, dentre as publicações nacionais elencadas, os descritores mais próximos de cuidado integral e humanizado foram apresentados como: “humanização da assistência” (n=1), “humanização do ambiente hospitalar” (n=1), “bem-estar materno” (n=2), “assistência integral à saúde” (n=1). A falta de uniformidade dos descritores pode ser um dos fatores para a baixa detecção dos trabalhos produzidos por autores brasileiros. Na análise dos conteúdos, nenhum dos artigos fazia a correlação entre neonatologia, Terapia Ocupacional, integralidade e humanização do cuidado.

Deste modo, constata-se a necessidade de realização de novos estudos que contextualizem o trabalho do terapeuta ocupacional em neonatologia e que compartilhem dos princípios e concepções da Saúde Coletiva que norteiam a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

IV.OBJETIVOS

Objetivo geral:

Estudar sobre a atenção da Terapia Ocupacional em uma unidade de cuidados intermediários neonatais comum (UCINCo) e realizar apontamentos e proposições para a produção da integralidade e da humanização do cuidado.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar e contextualizar o cenário de prática e a atenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCo;
2. Descrever as percepções de profissionais de saúde sobre o papel da Terapia Ocupacional em uma UCINCo;
3. Descrever e refletir sobre as necessidades de cuidado e projetos terapêuticos singulares de neonatos e suas famílias em uma UCINCo, a partir de complexidades distintas da demanda por Terapia Ocupacional.
4. Apresentar modelo propositivo para a atenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCo, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado.

V. METODOLOGIA

Esta pesquisa teve a seguinte pergunta norteadora: *“Como deve ser a atenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCo de modo a atender às necessidades de cuidado dos bebês e suas famílias, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado?”*.

A busca de respostas à pergunta acima implicou em uma elaboração mais complexa da problemática, uma vez que envolvia questões de diferentes ordens. No que se refere à intervenção deste profissional, foi necessário se debruçar sobre as necessidades sociais e de saúde dos usuários (bebês hospitalizados e seus pais) e compreender que recursos tecnológicos da Terapia Ocupacional poderiam ser utilizados, fossem para as ações do seu núcleo profissional ou na prática compartilhada no cotidiano de trabalho com os demais profissionais de saúde. A formulação de respostas dependeu também do diálogo que se fez com os contextos em que este cuidado era produzido, por exemplo, se se tratava de uma UCINCo de um hospital privado ou de uma maternidade pública na periferia de uma grande capital. A atuação da Terapia Ocupacional em uma UCINCo também precisou ser pensada em consonância com o tipo de gestão e demanda produzida institucionalmente e a partir da compreensão do papel profissional do terapeuta ocupacional pelos demais profissionais de saúde que trabalhavam na instituição.

Portanto, dada a complexidade da pergunta norteadora, optou-se por uma pesquisa cujo delineamento fosse o de Estudo de Caso, considerando ser uma estratégia de investigação apropriada para se estudar fenômenos que acontecem dentro de um determinado contexto real, sobre o qual o pesquisador tem pouco controle (Martins, 2008). Ademais, o Estudo de Caso deve ser sustentado por pressupostos teóricos e reunir o maior número possível de informações para que se possa atender/responder às questões e proposições orientadoras. Assim, para o levantamento de dados, em geral, faz-se uso de diferentes recursos metodológicos (Martins, 2008).

Dentre os delineamentos de pesquisa, o Estudo de Caso é reconhecido por algumas de suas vantagens, a saber: a possibilidade de estudar um caso em

profundidade e pelo “lado de dentro”, isto é, sob a perspectiva dos sujeitos; a ênfase na importância do contexto em que ocorrem os fenômenos; a compreensão da problemática enquanto uma unidade em sua totalidade; a flexibilidade metodológica para a exploração do estudo; a compreensão do processo em sua dinâmica e a possibilidade de investigação em áreas inacessíveis por outros procedimentos (Gil, 2009).

Apesar de suas vantagens, o Estudo de Caso é um delineamento também com suas limitações. É de difícil replicação e, em geral, não favorece a generalização; sua execução pode demandar um longo período de tempo e requerer múltiplas competências do pesquisador, inclusive para dar conta da complexidade do processo de análise. Com frequência, sua validade e fidedignidade são submetidas a críticas, na medida em que há dificuldades na utilização de instrumentos padronizados para a coleta de dados (Gil, 2009).

Entretanto, se, por um lado, a intervenção direta do pesquisador no contexto estudado possa levar a um viés dos dados apresentados, esta estratégia possibilita um conhecimento mais global do contexto em que o estudo ocorre, transformando-se em novo momento de aprendizagem dinâmico e enriquecedor do processo de pesquisa.

O Estudo de Caso pode ser considerado como:

Uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo. Quase sempre esta abordagem inclui o desenvolvimento dessa unidade, que pode ser uma pessoa, uma família ou outro grupo social, um conjunto de relações ou processos (como crises familiares, ajustamento à doença, invasão étnica de uma vizinhança etc.) ou mesmo toda uma cultura (Goode; Hatt, 1975 Apud Pádua, 1997; p. 68-9)⁶.

O Estudo de Caso pode ser considerado como uma estratégia por meio da qual se realiza uma análise abrangente das características mais importantes do tema de pesquisa, bem como de seu desenvolvimento. Neste delineamento, além da importância do arcabouço teórico, referida acima, destaca-se que o caso é construído no processo de pesquisa, na medida em que são identificados múltiplos fatores que concorrem para sua configuração (Pádua, 1997).

⁶ Goode WJ; Hatt PK. Métodos em pesquisa social. São Paulo: Nacional, 1975.

Na pesquisa em questão, conforme apresentado anteriormente, a perspectiva teórica central que norteou o estudo foi proveniente da Saúde Coletiva, que oferece o arcabouço conceitual para a produção do cuidado humanizado e integral, problematizado a partir das necessidades de saúde dos usuários e por meio de uma clínica ampliada. Em relação aos conhecimentos utilizados nas práticas do núcleo profissional da Terapia Ocupacional, o Estudo de Caso tomou como base a produção do conhecimento na área, tal como levantada na revisão integrativa de literatura exibida acima.

A unidade de análise deste Estudo de Caso é a intervenção da Terapia Ocupacional na UCINCo do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, local onde a pesquisadora trabalhou por oito anos. O hospital assentiu para o desenvolvimento da pesquisa (Anexo A) e este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, sob o número 490.444 (Anexo B) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (Anexo C).

Para elucidar os elementos que configuram o trabalho do terapeuta ocupacional na UCINCo desta instituição, o Estudo de Caso foi composto por três etapas que fizeram uso de recursos metodológicos distintos, a saber:

- (i) **Caracterização do HMLMB, da UCINCo e do serviço de Terapia Ocupacional:** análise documental das informações da intranet, da página no sítio eletrônico e dos documentos do setor de Terapia Ocupacional; observação sistemática do setor da UCINCo; sistematização da semana de trabalho típica do terapeuta ocupacional; e registro de diário de campo reflexivo.
- (ii) **Estudo de percepções dos profissionais de saúde acerca do papel do terapeuta ocupacional na UCINCo:** entrevistas semiestruturadas.
- (iii) **Estudo da atenção da Terapia Ocupacional junto aos bebês e suas famílias, a partir de três estudos de casos com necessidades de cuidado de complexidades distintas:** análise documental de prontuário de três bebês atendidos no setor e paralelismos com o diário de campo reflexivo.

Caracterização do HMLMB, da UCINCo e do serviço de Terapia Ocupacional

A caracterização do hospital no contexto social, histórico e sua inserção municipal foi realizada a partir de análise documental das aulas disponíveis na intranet (com a cronologia do hospital desde a sua fundação até os dias atuais), das informações presentes no sítio eletrônico da instituição e na página do HMLMB em redes sociais.

Para a caracterização do espaço da UCINCo foi realizada uma observação sistemática do espaço da unidade neonatal, com descrição dos espaços físicos, ambiência, capacidade de lotação, composição da equipe e população-alvo atendida.

Para a caracterização dos processos de Terapia Ocupacional, foram coletados dados no período de julho de 2013 a junho de 2014 e realizada análise documental do setor (registros de funcionamento, manuais operacionais, estatística de atendimentos e fichas de avaliação da TO). Para detalhar a rotina de trabalho do profissional deste setor, foram registradas em um diário de campo as tarefas executadas no período de uma semana típica de trabalho em dois momentos diferentes: no início da pesquisa de campo e após 60 dias do seu início.

No diário de campo foram registradas informações, fatos, experiências, percepções e reflexões da pesquisadora durante a coleta de campo no que se refere ao cotidiano de trabalho da pesquisadora, às dinâmicas e dificuldades de trabalho no hospital, especialmente na unidade neonatal, as inquietações acerca da ação do terapeuta ocupacional na UCINCo e da solidão, por ser a única terapeuta ocupacional de um hospital com 115 leitos. O diário se constituiu de recursos narrativos variados de maneira a capturar o cotidiano da prática em suas dimensões técnicas, éticas, estéticas e políticas e, possibilitou o processo de (re)criação frente aos dilemas do cotidiano vividos, abrindo, assim, possibilidades de leituras transformadoras da prática.

Estudo das percepções dos profissionais de saúde acerca do papel do terapeuta ocupacional na UCINCo

Para conhecer as percepções dos profissionais de saúde acerca da atuação do terapeuta ocupacional foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duas perguntas disparadoras: a) Qual seu conhecimento acerca do trabalho realizado pelo terapeuta ocupacional na unidade neonatal?; e b) Quais são os pacientes que você encaminharia para este profissional? O roteiro de entrevista dos profissionais da equipe e da gestora encontra-se no Anexo D.

Foram entrevistados ao todo 14 profissionais, sendo um gestor do serviço, duas assistentes sociais, três auxiliares de enfermagem, uma enfermeira, duas fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas, dois médicos e uma psicóloga.

O critério de inclusão para realizar a entrevista era de que estes profissionais trabalhassem na unidade neonatal há mais de um ano, habitualmente encaminhassem pacientes para a terapeuta ocupacional e aceitassem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo E).

As entrevistas, com duração máxima de meia hora, foram gravadas e transcritas, validadas pelos entrevistados e seu conteúdo foi analisado em suas convergências, divergências e tendências.

Estudo de atuação da Terapia Ocupacional junto aos bebês e suas famílias, a partir de três estudos de casos com necessidades de cuidado de complexidades distintas

O estudo da atuação da Terapia Ocupacional junto aos e suas famílias foi organizado a partir da análise documental da ficha de avaliação da Terapia Ocupacional e da análise de prontuário. Foram escolhidos três neonatos com necessidades de cuidado de complexidades distintas para que suas histórias viessem a compor três estudos de caso emblemáticos que demandassem intervenções singulares da Terapia Ocupacional.

Foram caracterizadas as condições pré e perinatais dos bebês, suas condições gerais durante a internação hospitalar, mapeadas questões sobre o desenvolvimento global e as necessidades singulares dos neonatos estudados, inclusive quanto aos cuidados materno e paterno, da rede social e da necessidade de serviços de suporte pós-alta hospitalar. Nestes estudos de caso, a pesquisadora analisou as necessidades de cuidados, propondo possíveis projetos terapêuticos singulares e uma proposição de atenção da Terapia Ocupacional em diálogo com a literatura da área e com os pressupostos da Saúde Coletiva, ambos já apresentados anteriormente.

Procedimentos metodológicos

Para se atingirem os objetivos, foram adotados diferentes procedimentos metodológicos, a saber: pesquisa documental, Observação sistemática, entrevistas semiestruturadas com os profissionais da UCINCo e registro de diário de campo, que serão detalhados, a seguir.

A **pesquisa documental**, de acordo com Gil (2009) consiste em analisar documentos:

Contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados) (...). [Trata-se de] um procedimento amplamente utilizado nas ciências sociais, na investigação histórica, com a finalidade de se descreverem e/ou compararem fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências (Gil, 2009; p. 62).

Uma pesquisa documental se difere de uma pesquisa bibliográfica especialmente em relação à natureza das fontes: esta é constituída pela contribuição de diversos autores sobre determinado assunto, enquanto aquela, necessita de reelaboração de conteúdo, por se tratar de um material que ainda não recebeu um tratamento analítico (Gil, 1987).

Como documento, entende-se que seja “toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível a ser utilizado para consulta, estudo ou prova” (Eco, 1977, cap. 3, apud, Gil, 2009; p. 67)⁷. Deste modo, enquadram-se nesta definição textos escritos, materiais audiovisuais como fotografias e filmes,

⁷ Eco H. (1977). Como se faz uma tese em Ciências Humanas. 13ed. Trad. Ana Falcão Bastos e Luis Leitão. Lisboa: Editorial Presença, 2007.

documentos de referência de associações profissionais, legislação pertinente ao tema, prontuários de pacientes e dados estatísticos produzidos por institutos de pesquisa certificados. O pesquisador deve ter certeza da autenticidade dos documentos e citar corretamente em sua pesquisa a fonte de coleta de seus dados (Gil, 2009).

Dentre as vantagens de se realizar uma pesquisa documental, encontram-se a possibilidade de que estes documentos sejam considerados como uma fonte de informação que subsiste ao longo do tempo, favorecendo a reconstrução histórica nos estudos; e possuir baixo custo, demandando do pesquisador apenas disponibilidade de tempo e a capacidade de coleta dos dados, além de não exigir contato com os sujeitos de pesquisa. Como limitações, os dados obtidos podem não apresentar representatividade, não há garantia da qualidade das informações registradas, principalmente se os documentos contiverem registros muito subjetivos. Entretanto, o método de pesquisa documental nem sempre exige do pesquisador uma resposta definitiva a uma pergunta de pesquisa e podem existir outros meios de verificação da qualidade/veracidade das respostas (Gil, 1987).

Neste estudo presente, a pesquisa documental foi utilizada para caracterização do HMLMB, da UCINCo e do serviço de Terapia Ocupacional do hospital maternidade. As informações históricas foram coletadas no sítio eletrônico da instituição e nas aulas disponíveis na intranet, e as informações sobre a lotação dos leitos e os atendimentos hospitalares foram coletados no setor de Estatísticas do HMLMB. Foram realizadas análises estatísticas das planilhas de produtividade do setor, que estavam digitadas no programa Excel 2003, do pacote Microsoft, a partir da qual se originaram tabelas e gráficos que compuseram as figuras que ilustram os resultados do capítulo. A dinâmica de funcionamento do setor de Terapia Ocupacional, a composição da semana típica de atendimento e os dados do estudo de caso foram realizados a partir de análise de prontuários de pacientes, da agenda de atendimentos diários da terapeuta ocupacional, da observação sistemática e de documentos normativos do setor.

A **observação sistemática** (ou estruturada ou controlada), de acordo com Pádua (1997), propõe que o pesquisador realize uma observação do campo de modo seletivo, selecionando uma parte da realidade natural ou social de interesse a partir de sua proposta de trabalho e das próprias relações estabelecidas entre os fatos reais. Para isto, o pesquisador utiliza um roteiro previamente elaborado para registro padronizado das observações feitas e pode ser complementado com outros recursos, como fotos, filmes e slides. Os fatos a serem observados devem ser delimitados pelo plano da pesquisa, mas fatos que o pesquisador considerar significativos podem ser registrados para posterior codificação e análise; muitas vezes, estes fatos novos podem dar origem a novas pesquisas.

O observador, por ser um mediador entre a situação real e os dados registrados, pode influir nos resultados da pesquisa. Por isso é importante notar que se deve recorrer ao uso de técnicas de observação quando já existem vários dados disponíveis sobre a hipótese levantada. Pádua aponta que “a observação não é “pura”, não é um fenômeno passivo, mas um processo ativo e seletivo, porque é precedida pelas hipóteses levantadas pelo pesquisador a partir de sua bagagem teórica, de seus interesses, objetivos e expectativas em relação à realidade que está sendo investigada” (Pádua, p. 73).

O roteiro para a observação sistemática e análise de prontuário (Anexo F) consistiu no levantamento de informações de modo a se realizar a:

- a) **Caracterização da clientela na UCINCo:** grau de complexidade, tempo médio aproximado de internação, nº aproximado na UCINCo/semana, acompanhados pela TO/semana típica.
- b) **Caracterização do atendimento do serviço de Terapia Ocupacional na UCINCo:** objetivos de tratamento da Terapia Ocupacional, dinâmica de atendimento da Terapia Ocupacional, procedimentos da Terapia Ocupacional para fins de relatório estatístico e prontuário da UCINCo, tempo médio de atendimento por neonato, nº neonatos atendidos /ano, nº atendimentos/ano, nº procedimentos realizados/ano. Foi também realizada um processo de auto-observação do atendimento ao neonato realizado de modo sistemático, com sua subsequente descrição passo a passo.

c) Caracterização do trabalho em equipe: reuniões regulares, reunião sobre casos específicos, comunicação eventual, encaminhamentos da Terapia Ocupacional para os outros profissionais, encaminhamento outros profissionais da equipe para a Terapia Ocupacional.

A **entrevista** é um dos procedimentos metodológicos utilizados em pesquisa de campo para obtenção de dados não documentados. Envolve duas pessoas em uma situação “face a face”, na qual uma delas formula questões e a outra responde, o que permite que sejam obtidos dados a partir do ponto de vista dos pesquisados (Gil, 1987; p. 115). Os dados obtidos podem ser anotados ou depois gravados e transcritos. Deste modo, o número suficiente de entrevistas é definido pelo pesquisador a partir da variabilidade das informações a serem obtidas, ou seja, realizadas com um grande número de pesquisados ou a partir de uma amostragem representativa do todo (Pádua, 1997).

A técnica de entrevista empregada neste estudo foi a entrevista semiestruturada, realizada a partir de um roteiro previamente estruturado com perguntas fechadas e abertas, com a finalidade de que o entrevistado pudesse discorrer sobre as questões propostas “sem se prender à indagação formulada” (Minayo, 2013; p. 262).

No roteiro de entrevista elaborado para este estudo (Anexo IV) havia um cabeçalho que continha informações padronizadas para caracterização do entrevistado, além de duas questões amplas, para as quais se esperavam respostas descritivas e analíticas, conforme recomendação de Gil (2009). Esta técnica de entrevista permite certa flexibilidade quanto à ordem na proposição das questões, o que pode originar uma variedade de respostas ou mesmo de outras questões, que podem ser incorporadas ao roteiro, desde que se mantenha o objetivo (Gil, 2009). As entrevistas foram transcritas, validadas pelos entrevistados e analisadas em seu conteúdo, a partir do qual foi possível extrair as categorias de análise.

O diário de campo ou diário de pesquisa, por sua vez, é um caderno em que o investigador anota suas observações e que não faz parte de modalidade de pesquisa (Minayo, 2013). A anotação no diário de campo se constitui como

um procedimento metodológico composto por “registros cotidianos dos acontecimentos observados: manifestações de comportamento (...), conversas, atividades desenvolvidas, rotinas diárias em instituições etc” (Pádua, 1997; p. 69).

Este tipo de registro faz parte de um acervo de dados a serem utilizados para análise final e pode considerado um importante elemento de orientação do trabalho científico, ao permitir ao pesquisador visualizar uma retrospectiva do trabalho já realizado. Indo além, estes registros possuem o potencial de fornecer elementos novos para a análise de aspectos que ainda não haviam sido considerados. Para tanto, é necessário que seja feito um registro criterioso das observações, em ordem cronológica, de maneira que, ao final, seja possível remontar uma “reconstrução do caso”. O detalhamento das informações permite armazenar subsídios para a descrição dos casos, contribuindo para a análise e a interpretação dos dados obtidos (Pádua, 1997).

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e a discussão do Estudo de Caso serão realizadas em duas etapas. A primeira consiste da apresentação e da discussão dos resultados referentes à caracterização do cenário (hospital maternidade, UCINCO e Serviço de Terapia Ocupacional) e às percepções dos membros da equipe multiprofissional sobre o papel da Terapia Ocupacional na UCINCO. A discussão se propõe a realizar uma reflexão sobre a prática do terapeuta ocupacional em unidades terapêuticas neonatais, correlacionando seus desafios, potenciais e obstáculos que, embora não possam ser generalizáveis em sua totalidade, podem trazer elementos importantes para a compreensão da atuação profissional com vistas à elaboração de projetos futuros na área.

A segunda etapa consiste em apresentar uma proposição sobre a atuação da Terapia Ocupacional em uma UCINCO junto aos bebês e suas famílias, a partir da perspectiva da Saúde Coletiva. Inicialmente, tomando como base o perfil da clientela da UCINCO estudada e os registros de prontuários, apresenta-se a história de três neonatos com necessidades de cuidado de complexidades distintas. A partir do estudo destes três casos à luz da literatura da área e do marco teórico desta pesquisa, são apresentados seus projetos terapêuticos singulares, tal como formulados pelo núcleo profissional da Terapia Ocupacional. Em um segundo momento, apresenta-se um modelo propositivo de atenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCo, a partir de uma perspectiva da humanização e integralidade do cuidado, que busca dialogar com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

6.1. CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO: O HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS, A UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS COMUM E O SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL

6.1.1. Caracterização do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

O HMLMB é um hospital público estadual de referência para gestações de alto risco e saúde da mulher, localizado no município de São Paulo. Desde 1987 este hospital integra o SUS e oferece atendimento universal em todas as fases da saúde da mulher, da puberdade ao climatério, inclusive o acompanhamento do pré-natal na gestação de alto risco.

Este hospital foi inaugurado no ano de 1944 com o nome de Casa Maternal e foi administrado de 1944 a 1978 pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), 1978 a 1987 pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS), e 1987 em diante, pela Secretaria de Estado da Saúde (SES). Seu nome foi mudado para Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros em 1984 e permanece assim até os dias de hoje (HMLMB, 2016).

Conforme informação disponível em seu sitio eletrônico (HMLMB, 2016), o HMLMB tem como missão prestar assistência médico-hospitalar e promover atividade de ensino e pesquisa com qualidade, buscando ser um centro de excelência em saúde da mulher e do recém-nascido. Como seus valores, os documentos destacam a ética, competência, respeito e compromisso. Dentre as ações de humanização/qualidade do HMLMB podem ser citados: a instituição do alojamento conjunto (1987), o Banco de Leite Humano⁸ (1988), o horário livre para acompanhantes e visitas e programa de pais participantes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Berçário (1992).

A análise documental mostra que em 1992 foi realizada a adequação espacial destas unidades neonatais, com a instituição do protocolo de organização do recém-nascido que recomendou o uso de cortinas nas incubadoras e introdução de rolinhos para posicionamento do neonato, após

⁸Referência estadual para a região metropolitana de São Paulo. Coleta, processamento e controle de qualidade e distribuição de leite materno. A coleta domiciliar de leite se iniciou em 2000, com a doação de uma ambulância pela FORD do Brasil.

treinamento realizado com a terapeuta ocupacional Péssia G. Meyerhoff. Em 2001 instaurou-se a participação do acompanhante no pronto atendimento e no centro obstétrico. No mesmo ano foi implementado o Alojamento Canguru e o serviço de voluntariado (VOMAT). Em 2005 foi criado o Centro de Parto Normal (CPN) no qual, desde então, são realizados partos humanizados com medidas não medicamentosas para alívio da dor. Em 2010 implantou-se o *Top Maternal* como dispositivo de incentivo ao contato pele a pele, após o nascimento e aquecimento do recém-nascido pelo calor materno.

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do HMLMB foi criado em 2013. Segundo a cartilha do HumanizaSUS (Brasil, 2004e) consiste em:

Um encontro de pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham (...), discutir as relações estabelecidas entre eles, e de que maneira este serviço pode funcionar para melhorar o processo de trabalho e a qualidade da produção de saúde para todos (p. 5).

O GTH realiza trabalhos em parceria entre os diversos setores institucionais (RH, SEESMT, assistência, diretorias e demais funcionários administrativos) a partir de iniciativas como a pesquisa sobre o clima institucional, mantendo um canal de comunicação aberto com os funcionários e com os usuários do serviço, para que se realize este trabalho. Periodicamente, um facilitador da SES realiza visitas no hospital para participar das reuniões do GTH, para fomentar as discussões e conhecer as ações de humanização realizadas.

Em 2000, o HMLMB recebeu o selo Hospital Iniciativa Amigo da Criança (IHAC) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Anualmente, o hospital é reavaliado e o selo, reconhecido. Desde 2001 é classificado como maternidade segura e, desde 2013, como instituição de ensino (hospital escola).

O complexo hospitalar consiste de três prédios: hospitalar, administrativo e o ambulatório. Conta com 14 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 28 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Comum (UCINCo), 24 leitos na Casa da Gestante, 29 leitos no Alojamento Conjunto, 14 leitos na Ginecologia, dentre os quais quatro são reservados para as gestantes usuárias de substâncias psicoativas, uma vez que esta maternidade é uma

referência para estes casos no município. A Unidade de Terapia Intensiva Materna tem o quadro de profissionais terceirizado e possui seis leitos. A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru funcionou de 2001 a 2013, com 12 leitos. Atualmente, o Método Canguru é realizado na UTIN e na UCINCo, de forma eventual.

No ano de 2013 foram realizados, em média, 356 partos/mês, dentre os quais cerca de 10% foram de prematuros. A ocupação diária (taxa anual dividida por 365) foi de 43,5 leitos na Obstetrícia (Casa da Gestante e Alojamento Conjunto), 31,2 leitos na Neonatologia (UTIN e Berçário) e 11,6 leitos na Ginecologia.

O HMLMB se situa na divisa entre as zonas Sudeste e Leste do município de São Paulo, mas a maioria dos pacientes é oriunda da Zona Leste. Como não possui restrição quanto à área de abrangência e por se localizar em uma região relativamente central, recebe inclusive usuários de municípios vizinhos.

A população-alvo deste hospital maternidade é composta também por pacientes com graves problemas sociais, moradoras de rua, usuárias de substâncias psicoativas, vítimas de violência sexual e internas da Fundação Casa. Atualmente, o HMLMB tem recebido inclusive mulheres estrangeiras, são imigrantes recém-chegadas ao Brasil, com pouca ou nenhuma compreensão da língua portuguesa. Algumas em estado adiantado de gravidez, sem acompanhamento pré-natal no país de origem, com outros filhos pequenos e vivendo em situação importante de vulnerabilidade social e econômica.

6.1.2. Caracterização da Unidade de Cuidados Intermediários Comum

A UCINCo do HMLMB é ventilada por ar-condicionado e dividida em cinco alas com amplas divisórias de vidro, iluminadas com lâmpadas fluorescentes; as janelas externas são cobertas com película escura. As alas são nomeadas por Box A, Box B, Box C e Box D. No mesmo setor está a Admissão, onde são recebidos os recém-nascidos do Centro Obstétrico (CO) ou do Centro de Parto Normal (CPN).

Na Admissão ficam os recém-nascidos em observação em cujo parto

houve alguma intercorrência, seja com o bebê ou com a mãe, de maneira que não puderam ser alojados imediatamente no puerpério pelo período de até 12 horas. Neste espaço são prestados os primeiros cuidados e monitorados os sinais vitais. Havendo melhora materna ou tendo o RN recuperado a estabilidade clínica, este pode descer ao alojamento conjunto e ficar com a mãe. Caso o bebê evolua com alguma piora severa, é encaminhado para a UTIN. Se o neonato se mantiver instável, deve permanecer internado na UCINCo para a realização de exames e observação.

Permanecem no Box D, os bebês egressos da UTIN ou os prematuros nascidos com peso entre 1300 e 2000g, que necessitam de suporte na incubadora ou berço aquecido. A transição é feita para o berço quando esses bebês atingem boa evolução clínica e conseguem se manter confortavelmente em ar ambiente e manter a temperatura corporal constante. Esta transição também coincide com o momento em que está indicada a segunda fase do Método Canguru, para ganho de peso e transição alimentar da sonda para seio materno (SM). O tempo médio de internação neste Box varia entre sete a 30 dias.

No Box C são internados os bebês em antibioticoterapia e fototerapia e aqueles que vieram da admissão. Eles podem estar em incubadora, biliberço (para fototerapia intensiva) ou em berço comum. O tempo médio de internação no Box C varia entre três a 10 dias.

No Box B, ficam os bebês prematuros e a termo que estão terminando a antibioticoterapia ou que estão em ganho de peso e estáveis e que não utilizam medicação endovenosa. Após suspensão dos antibióticos, os recém-nascidos permanecem cerca de um dia em observação, aguardando o resultado dos exames de sangue para verificar se a infecção foi controlada. Depois disso, recebem a alta hospitalar. Porém, os denominados “casos sociais” podem ter o tempo de internação prolongado por, no mínimo, 15 dias após a alta médica hospitalar, depois da qual é possível a tramitação do processo de desinternação do RN no Fórum. Este neonato pode tanto ir para a casa com os pais que receberão o suporte de outros familiares quanto ser abrigado temporariamente até que a questão da sua guarda seja resolvida.

O Box A era anteriormente o último espaço no berçário para o qual bebês eram transferidos, sinalizando que estavam próximos à alta hospitalar. Durante a coleta de dados, este espaço serve como local substituto quando há surto de infecção hospitalar. Na ausência desta demanda, o Box é ocupado pelos bebês com enfermidades crônicas, os quais necessitam ainda de cuidados intensivos.

6.1.3. Caracterização do serviço e cotidiano de atendimento de Terapia Ocupacional no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

6.1.3.1. Aspectos históricos

A Terapia Ocupacional integra o Grupo de Reabilitação, o qual à época da coleta de dados, era composto por uma terapeuta ocupacional, oito fisioterapeutas, seis fonoaudiólogas, sendo uma delas a chefe do setor, e uma funcionária administrativa.

A primeira contratação de terapeuta ocupacional no HMLMB ocorreu em 1994 para prestar assistência na Casa da Gestante, Ginecologia e Oncologia e na UCINCo. No mesmo período também foram contratadas duas fisioterapeutas (uma para a UTIN, outra para a Ginecologia), uma psicóloga e uma fonoaudióloga. No Plano Diretor para 1995 estava prevista a contratação de mais seis terapeutas ocupacionais para ampliação dos programas de atenção aos três setores. Tal contratação não ocorreu e, quando a profissional pediu exoneração em 1998, a vaga ficou em aberto.

Em um segundo momento, ocorreu a contratação de outras duas terapeutas ocupacionais em 2001, em regime emergencial (por um ano), através de vagas de ampliação do setor, que foram renovadas até 2004. Estas duas terapeutas reestruturaram o serviço, atendendo os mesmos setores anteriormente citados, além da UCINCa.

Em 2005 foram chamadas duas terapeutas ocupacionais de um concurso da Secretaria da Saúde, ainda em esquema de contrato emergencial, as quais permaneceram por três e seis meses. A vaga estatutária original continuou não sendo preenchida até 2007, quando, a terapeuta ocupacional autora desta

pesquisa a ocupou por meio de uma permutação de vaga, tendo permanecido até 2015, quando se deligou do serviço.

6.1.3.2. Funcionamento do Setor de Terapia Ocupacional no HMLMB: rotina de atendimento e produtividade

No levantamento da semana típica de trabalho foi possível constatar que a semana de trabalho era pouco típica, isto é, cada dia era diferente do outro sem um padrão específico. Mesmo assim foi possível construir um quadro genérico das atividades profissionais desenvolvidas durante a semana (Quadro 2). As atividades que dependiam da presença de profissionais de diversos setores, como as reuniões das comissões e o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno no ambulatório, possuíam dias da semana e horário fixos, porém aquelas que diziam respeito ao atendimento na UCINCo pelo terapeuta ocupacional não possuíam um cronograma fixo de trabalho. Por não haver outro terapeuta ocupacional no hospital, este profissional atuava em horário intermediário para que fosse possível realizar atendimentos nos períodos da manhã e da tarde.

Quadro 2: Uma semana típica de trabalho da terapeuta ocupacional no HMLMB

Período	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã (10h-12h30)	Triagem na UCINCo				
	Reunião do protocolo das usuárias de substâncias psicoativas	Reunião do CEP	Atendimento na UCINCo		
Tarde (13h-16h)	Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno	Ambulatório de prematuros	Interconsulta	Ambulatório de prematuros	Interconsulta
	Interconsulta		Atendimento na UCINCo		Atendimento na UCINCo
	Evolução de prontuários/ planilha de produtividade				

Os atendimentos dos setores adultos (Ginecologia ou Obstetrícia) ocorriam somente quando eram solicitados por interconsulta, sendo inicialmente reservadas três horas semanais. Sua finalidade era possibilitar um espaço de realização de atividades expressivas durante a internação prolongada e ressignificar a internação hospitalar, de maneira a colaborar com a equipe para a adesão destas pacientes ao atendimento, especialmente no caso das gestantes usuárias de substâncias psicoativas. Como a rotina destes setores era atribulada no período da manhã, os atendimentos da Terapia Ocupacional costumavam ocorrer no começo ou no final da tarde, quando era instituído o “Horário do Psiu!” na UTIN e na UCINCo. Assim, no período entre 13 e 14 horas evitavam-se procedimentos com os RNs, a não ser que fossem extremamente necessários e indispensáveis, para que os bebês pudessem dormir e ganhar peso. Porém, neste período, a gestante também poderia estar dormindo e então se tornava necessário retornar mais tarde para o seu atendimento.

O Ambulatório de Prematuros da Equipe de Reabilitação do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros atendia as crianças prematuras nascidas neste hospital com peso inferior a 1500 gramas, nas idades de zero a sete anos. O objetivo era acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças e, após a detecção de atrasos nas aquisições esperadas para a faixa etária, encaminhar para serviços de reabilitação para tratamento ambulatorial. Nas consultas com o neonatologista, realizava-se uma triagem dos prontuários das crianças agendadas para verificar quais necessitavam ser (re)avaliadas, sendo incluídos os lactentes a partir de três meses. O terapeuta ocupacional, que destinava cinco horas semanais para esta atividade, realizava uma avaliação trimestral do desenvolvimento neuropsicomotor, segundo o Follow-up de Denver-Elliman (1983), observava a interação entre os genitores/cuidadores e os bebês e realizava orientação preventiva sobre a organização do cotidiano e estimulação oportuna com a finalidade de facilitar o desenvolvimento dos neonatos prematuros. A sala de atendimento multiprofissional do ambulatório contava com mesa para escritório, mesa infantil, armário para materiais de atendimento, brinquedos diversos para diferentes faixas etárias, maca, espelho grande, pia, colchonetes e cadeiras.

Para fins de evolução em prontuário e registros estatísticos, utilizavam-se os 30 minutos finais de cada dia de atendimento, totalizando duas horas e trinta minutos por semana.

As atividades da terapeuta ocupacional também eram permeadas por solicitações da instituição referentes a questões administrativas, como o preenchimento de planilhas de atendimento do ambulatório diárias, entrega de estatística e produtividade de atendimento mensais. Anualmente, a profissional era solicitada a realizar a revisão das normas e rotinas do setor e sua atualização em relação ao Plano Diretor do hospital. As horas que a profissional dedicava como colaboradora do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) não eram contabilizadas em sua carga horária de trabalho, necessitando, por vezes, que ela permanecesse no hospital além do horário de trabalho.

Para realizar a caracterização do atendimento do serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros foi consultada a estatística de atendimentos do setor o período de julho de 2013 a junho de 2014. Como produtividade, entende-se o número de pacientes atendidos mais o número de procedimentos realizados. Para finalidade de dados para a Secretaria de Estado da Saúde, apenas os primeiros números é que contavam. Porém, internamente no HMLMB, os procedimentos descritos eram utilizados como justificativa da necessidade de ampliação do serviço, no momento em que se apresentava a especificidade da atuação profissional.

Os terapeutas ocupacionais e psicólogos possuíam ritmos de trabalho diferenciados dentro do HMLMB devido ao tipo de intervenção por eles realizada. O tempo gasto com cada paciente no atendimento era diferente do de outros profissionais que organizavam seu trabalho a partir de procedimentos. Desta maneira, nem sempre era possível delimitar a duração do atendimento da terapeuta ocupacional, a priori, no ambiente da internação, uma vez que a demanda do usuário era o que definia o uso do tempo. Por outro lado, esta condição fazia com que o número absoluto final destes atendimentos fosse menor do que o restante da equipe, o que poderia gerar desvalorização profissional, caso o gestor não tivesse clareza do papel desempenhado por esse funcionário.

Deste modo, para justificar a variação no número de atendimentos realizados pelos profissionais da Reabilitação (da que na época também fazia parte o serviço de Psicologia) foi proposto que cada setor descrevesse as suas categorias de procedimentos a partir da prática clínica e da literatura científica para que os demais profissionais conhecessem as competências de cada área. Visava-se, também, dar consistência à prática profissional, numa tentativa de realizar o atendimento “baseado em evidências”, conforme preconizado pela gestão do hospital.

Na planilha de estatística da Terapia Ocupacional eram registrados os atendimentos individuais e em grupos por setores. No período delimitado de um ano foram realizados 1320 atendimentos pela terapeuta ocupacional nos setores de internação e ambulatório, dentre os quais 1283 foram atendimentos individuais e 37, em grupo (Tabelas 3 e 4). Igualmente, no mesmo período foram atendidos 393 pacientes no total, dentre os quais 192 eram casos na UCINCo.

Tabela 3: Número de pacientes e atendimentos individuais realizados (julho de 2013 a junho de 2014)

	Setor	Pacientes (n)	Atendimentos (n)
Internação	Alojamento Canguru	02	02
	Casa da Gestante	01	02
	Ginecologia	17	60
	Unidade Neonatal	167	1004
Ambulatório	Pediatria	43	215
TOTAL		230	1283

Tabela 4: Número de pacientes e atendimentos realizados em grupo (julho de 2013 a junho de 2014)

Setor		Nº pessoas	Nº grupos
Internação	Unidade Neonatal	25	12
	CSS	09	03
Ambulatório	Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno	133	22
TOTAL		167	37

Os grupos realizados com os pacientes internados tinham frequência flutuante, porque dependiam da disponibilidade de espaço físico adequado. Fazia parte da rotina do terapeuta ocupacional apenas o grupo realizado no Alojamento Canguru, que foi desativado, logo no início da coleta. O grupo de

Incentivo ao Aleitamento Materno ocorre semanalmente às segundas-feiras no início do pré-natal no hospital. Sua condução era alternada com a Fisioterapia Uroginecológica e com a Psicologia.

6.1.3.3. Cotidiano de trabalho da Terapia Ocupacional na Unidade de Cuidados Intermediários Comum

A UCINCo era a unidade em que a terapeuta ocupacional cumpria a maior parte de sua carga horária. O tempo destinado ao atendimento na UCINCo era de aproximadamente 15 horas e meia por semana, das quais, cinco horas estavam reservadas à triagem. Este tempo poderia ser acrescido de três horas referentes às interconsulta, quando estas não aconteciam.

A observação sistemática e a análise documental permitiram fazer uma caracterização da clientela, do atendimento e do trabalho em equipe, a partir de um roteiro de observação (Anexo F).

Caracterização da clientela:

Após a observação sistemática da UCINCo buscou-se agrupar os casos internados por graus de complexidade, necessidades de intervenção, duração do tempo de atendimento e tempo médio de internação (Quadro 3). A Terapia Ocupacional atende a todos os pacientes de graus 2 e 4 e cerca de metade dos pacientes de grau 3. Junto aos pacientes enquadrados no grau 1, os atendimentos costumam ser mais pontuais, focados principalmente na orientação aos pais e/ou em posicionamento no leito, porém, podem ser acompanhados durante a internação hospitalar quando há menor demanda dos demais casos.

Quadro 3: Caracterização da clientela na UCINCo a partir da observação sistemática

Caracterização da clientela na UCINCo				
Grau de complexidade	Descrição	Tempo médio aproximado de internação	Nº aproximado na UCINCo/ semana	Acompanhados pela TO/semana típica
1	Neonato com comprometimento leve e/ou transitório devido a transtornos no pré e no pós-parto	6-8 dias	7-14 pacientes	2-4
2	Neonato com exposição ao uso de substância psicoativa materna	10 a 30 dias	0-4	0-4
3	Neonatos prematuros extremos, egressos da UTIN e/ou com peso de nascimento entre 1300g e 2000g	3 meses	4-6	1-3
4	Neonatos com sequelas por anóxia neonatal, com malformação congênita ou síndromes genéticas, com casos que necessitam ou não de oxigenoterapia, monitoramento cardíaco, gastrostomia e/ou traqueostomia	3 meses até 2 anos	1-3	1-3

Caracterização do atendimento:

Para a caracterização do atendimento realizado pelo serviço da Terapia Ocupacional na UCINCo foi realizada análise de prontuário do setor, a partir do qual foram reconhecidos os objetivos de tratamento, a dinâmica do atendimento, os procedimentos para fins de relatório estatístico e registro no prontuário dos pacientes, sistematizados a seguir (Quadro 4).

Quadro 4: Caracterização do atendimento do serviço de Terapia Ocupacional na UCINCo, conforme análise de prontuários do setor

Caracterização do atendimento do serviço de TO na UCINCo	
Objetivos de tratamento da Terapia Ocupacional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Auto-organização 2) Promoção do desenvolvimento 3) Escuta, acolhimento, intervenção com a mãe/cuidador 4) Orientação aos pais 5) Facilitação da relação mãe-bebê 6) Favorecimento da ambiência 7) Encaminhamento à rede de assistência
Dinâmica de atendimento da Terapia Ocupacional	<ol style="list-style-type: none"> 1) Triagem 2) Atendimento do dia
Procedimentos da Terapia Ocupacional para fins de relatório estatístico e prontuário da UCINCo	<ol style="list-style-type: none"> 1) Alimentação 2) Estimulação DNPM: labiríntica 3) Estimulação DNPM: proprioceptiva 4) Estimulação DNPM: sonora 5) Estimulação DNPM: tátil 6) Estimulação DNPM: visual 7) Observação do binômio 8) Observação regulação dos estados 9) Orientação alta hospitalar 10) Orientações aos genitores 11) Posicionamento 12) Sucção não-nutritiva 13) Suporte à equipe
Tempo médio de atendimento por neonato	30 minutos
Tempo médio de atendimento para mães e outros cuidadores	60 minutos
Nº neonatos atendidos /ano	167
Nº atendimentos/ano*	1004
Nº procedimentos realizados/ano**	5166

*Sem incluir atendimento familiar

** Incluindo atendimento familiar

Objetivos de tratamento conforme análise de prontuários do setor de TO na UCINCo

A partir da análise de prontuários do setor de Terapia Ocupacional na UCINCo foram identificados como objetivos de tratamento: auto-organização, estimulação sensorial, orientação aos pais, facilitação da relação mãe-bebê, favorecimento da ambiência, suporte ao trabalho em equipe e encaminhamento à rede de assistência (Quadro 4). Estes objetivos já eram utilizados anteriormente ao detalhamento dos procedimentos solicitado pela gestão.

Dinâmica de atendimento conforme análise de prontuários do setor de TO na UCINCo

A dinâmica de atendimento da terapeuta ocupacional na UCINCo era realizada em duas etapas: a triagem e o atendimento do dia.

A triagem era a primeira atividade da manhã quando se realizava a atualização dos casos da UCINCo, a partir da leitura do prontuário. A seguir, a terapeuta ocupacional realizava uma visita aos leitos que, a depender do horário desta visita, poderia ocorrer simultaneamente a outros procedimentos de cuidado dos bebês (banho, pesagem, aferição de sinais vitais e visita médica). Era possível à terapeuta ocupacional verificar nas pranchetas junto aos leitos as prescrições médicas que indicavam restrições de movimentação e de manipulação do neonato, informações sobre a dieta, as medicações em uso e o horário de administração, além do período de visita dos pais ao berçário, quando não era possível observar cotidianamente a sua presença. Em caso de dúvidas sobre estas prescrições, consultava-se os auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos presentes.

Na visita aos leitos era possível observar quais os bebês apresentavam dificuldades de auto-organização. Dependendo de como estivesse o cenário do dia, a terapeuta ocupacional já intervinha junto aos bebês. Era possível otimizar o posicionamento de um bebê que estivesse dormindo, mas que poderia ter o sono interrompido a qualquer momento por conta da desorganização corporal no

berço; acalmar um neonato que chorasse intensamente na fototerapia ou que tivesse passado por um procedimento doloroso, para que pudesse recuperar a auto-organização, especialmente na ausência materna. Junto à mãe era possível ajudar a posicionar seu bebê em seio materno, ou para realizar as AVDs do bebê e, ainda, orientar os genitores sobre a estimulação de seus bebês enquanto estivessem acordados.

Neste momento era preenchida a primeira parte da Ficha de Avaliação da Terapia Ocupacional na UCINCo, podendo ocorrer intervenções pontuais, quando necessárias. Deste modo, era possível conhecer os novos recém-nascidos e acompanhar a evolução clínica dos que já estavam em atendimento, assim como conhecer previamente os casos com demanda para Terapia Ocupacional e ter uma data de previsão de alta hospitalar.

Durante a triagem também se conheciam os encaminhamentos de neonatos pelos profissionais da equipe multiprofissional e dos neonatologistas de plantão. Dentre os casos usualmente com demanda para atendimento da TO, destacam-se: recém-nascidos pré-termo com complicações pré, peri e pós-natais, neonatos sindrômicos, com malformação congênita, com necessidade de cirurgia precoce, em sofrimento devido à exposição a substâncias psicoativas durante a gestação e os chamados “casos sociais”, que poderiam demandar tempo de internação prolongado, se o caso fosse apresentado ao juiz da Vara da Infância e da Juventude (por abandono materno, por exemplo).

O atendimento dos neonatos era realizado em alguns dias ao fim da manhã e no período da tarde (Quadro 2) e era composto pela avaliação da Terapia Ocupacional propriamente dita e o atendimento dos pacientes. Ao final do dia era feita a evolução sistemática nos prontuários dos usuários.

Na ficha de Avaliação de Terapia Ocupacional na UCINCo (Anexo G) constavam informações sobre o nascimento do neonato e sobre as condições da saúde materna que poderiam ter influenciado na gestação (uso de medicações, doenças anteriores ou desenvolvidas durante a gravidez, breve histórico obstétrico). Nesta ficha também constavam informações relativas às condições maternas para o cuidado do bebê no que tangiam a aspectos

emocionais, estruturais, socioeconômicos e culturais, individuais ou familiares, tanto em seus componentes protetivos quanto os de risco e vulnerabilidade.

Quanto ao neonato, era realizado um diagnóstico de contexto (tipo de leito em que estava, modo de alimentação, restrições físicas, acesso venoso, monitoramento por oxímetro ou outros equipamentos) para se ilustrar a condição em que ocorria a interação entre o neonato e sua família. Questões mais específicas sobre os aspectos físicos e sensoriais do bebê também eram coletados, além das habilidades e aquisições esperadas para a faixa etária. Conforme a necessidade, eram realizadas mais visitas ao longo do dia para observar a organização dos estados de vigília e de sono dos bebês e como ocorria a interação com seus pais que, quando presentes, poderia fornecer informações familiares mais detalhadas. Delimitados os fatores de risco para o desenvolvimento, tendo discutido o caso do neonato com outros profissionais que atendiam o bebê e com informações mais completas em mãos, era possível definir o projeto terapêutico ocupacional individualizado para o neonato e sua família.

A atuação da Terapia Ocupacional com os neonatos consistia em um conjunto de intervenções adequadas às características singulares de cada neonato e de acordo com a sua faixa etária, dirigidas à manutenção da auto-organização, à diminuição dos efeitos negativos da hospitalização, ao favorecimento do desenvolvimento global, ainda durante internação, e à facilitação do vínculo afetivo entre mãe e bebê. No âmbito da família, as propostas de intervenção buscavam oferecer acolhimento, responsabilização dos pais no cuidado do bebê e sua capacitação, em caso de pais com necessidades de ampliar seu repertório de cuidado. A atuação do terapeuta ocupacional também incluía a promoção do aleitamento materno como atividade compartilhada com a equipe, já que esta recebia capacitação devido ao fato de que o HMLMB possuía o selo IHAC.

No caso da Terapia Ocupacional, ainda existe a confecção da lista de materiais necessários para os atendimentos no setor, com a cotação de três preços em diferentes fornecedores, a elaboração da sua justificativa, a compra destes materiais e a prestação de contas posterior. Comumente, a desinternação dos “casos sociais” da UCINCo era sabida a poucas horas antes de o carro oficial

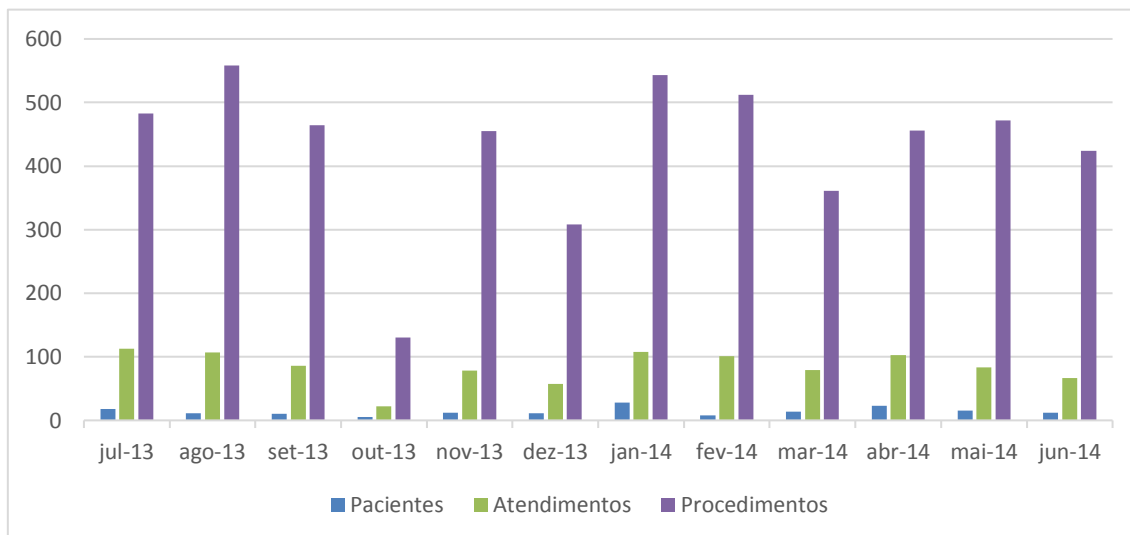
que transporta o bebê chegar ao hospital. No momento da desinternação, os membros da equipe multiprofissional que atenderam o neonato e a sua família devem enviar os respectivos relatórios sobre os atendimentos realizados, que são tomados como documento em caso de processos como o de destituição de poder pátrio. Estas solicitações demandam que o profissional deixe de realizar atendimentos para cumpri-las, especialmente quando ele é o único profissional do setor.

O atendimento da terapia ocupacional na UCINCo era usuário-centrado em sua concepção e era construído a partir do encontro e da interação entre bebê, terapeuta ocupacional e família. Entretanto, devido às demandas da gestão administrativa acima descritas, a intervenção da terapia ocupacional foi detalhada a partir de procedimentos para fins estatísticos. Assim, ao final de cada atendimento, a terapeuta ocupacional anotava os procedimentos específicos que foram realizados com cada neonato e/ou familiar.

Procedimentos para fins de relatório estatístico e prontuário da UCINCo

No período da pesquisa de campo, o número de pacientes atendidos na UCINCo foi igual a 167; de atendimentos realizados, 1004 e de procedimentos, 5166 (Quadro 4). Estes dados, que estão distribuídos mensalmente (Figura 7), apresentam uma redução em outubro/2013, que se refere ao período de férias da terapeuta ocupacional, momento em que o atendimento do setor fica descoberto e, nos meses de dezembro/2013 e março 2014, aludindo ao período em que a UTIN esteve fechada para novos casos por conta de uma infecção hospitalar.

Figura 7: Número de pacientes atendidos, atendimentos realizados e procedimentos realizados por mês na UCINCo (julho de 2013 a junho de 2014)



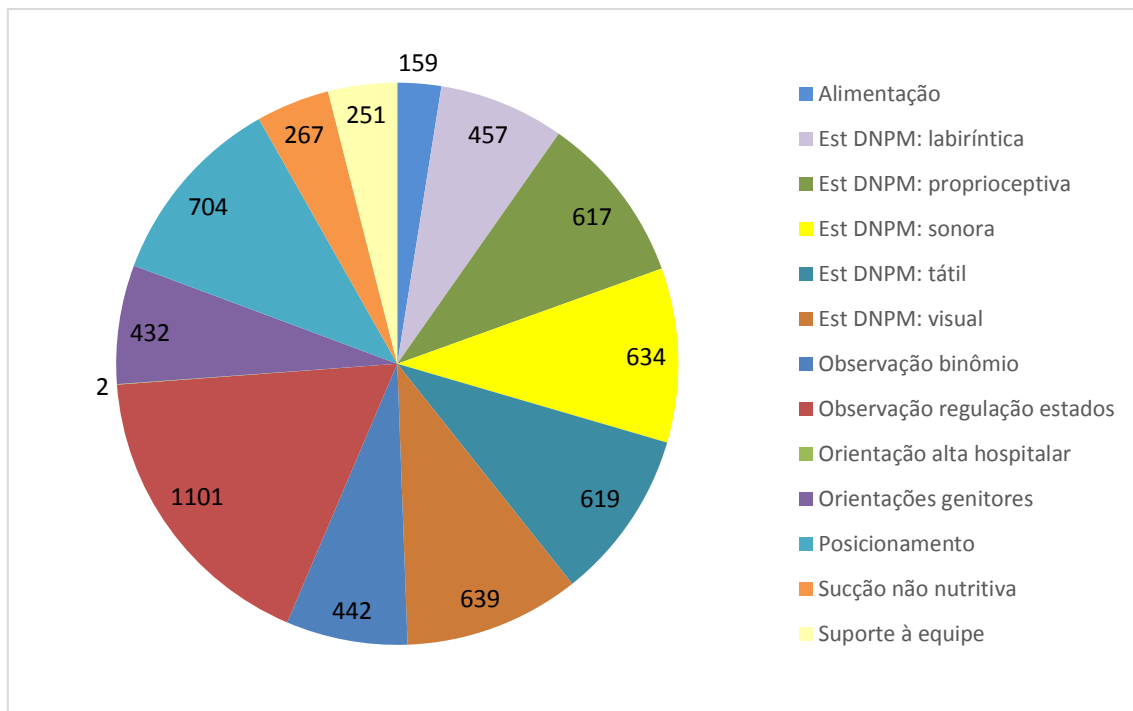
De acordo com a lógica de trabalho hospitalar procedimento-centrada, a contagem do número de procedimentos é mais valorizada do que o número de pacientes atendidos realizados, ao se compor por práticas que somam números maiores. Esta lógica de produção, que também amplia o número de atendimentos realizados, promove uma distorção sobre o que é produzido no serviço de saúde, ratificando que as informações relevantes são o número de procedimentos realizados pelas categorias profissionais.

À guisa de ilustração, a estimulação para o desenvolvimento global do neonato (Figura 8) ocorre na integração dos estímulos sensoriais (labiríntico, proprioceptivo, sonoro, tátil e visual), sendo raras as intervenções em que se realiza apenas uma modalidade de estimulação. No entanto, para que o profissional adeque sua produtividade à lógica hospitalar, acabou-se assimilando este padrão de descrição procedimental do trabalho.

Com a finalidade de se gerarem relatórios estatísticos mensais, a intervenção da Terapia Ocupacional na UCINCo foi dividida em procedimentos, os quais eram realizados conforme as necessidades do neonato e da sua família (Figura 7), a saber: Alimentação; Estimulação para o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) Labiríntica; Sonora; Tátil; Visual; Observação do binômio; Observação da regulação dos estados; Orientação para a alta

hospitalar; Orientações aos genitores; Posicionamento; Sucção não-nutritiva; e Suporte à equipe.

Figura 8: Distribuição dos procedimentos realizados na UCINCo, a partir de análise da estatística do setor de TO (julho de 2013 a junho de 2014)



De acordo com esta distribuição procedimental, a intervenção mais frequente foi a observação da regulação de estados, que consistia na observação sistemática dos neonatos internados, que ocorria em horários e momentos diferentes do dia, a partir da qual algumas decisões eram tomadas para elaborar o projeto terapêutico do bebê.

A alimentação dizia respeito a intervenções para favorecer o aleitamento materno, como o manejo, ou ainda, sugestão de indicação de mamadeira para os casos sociais cujas mães não estavam presentes nem amamentavam. Também fazia parte desta intervenção a confecção de uma plaquinha de papel com os dizeres: “RN em uso de bico artificial por prescrição médica”, a qual era afixada no berço como justificativa de uso de bicos artificiais no berçário em um hospital com selo IHAC.

Um conjunto de intervenções sensoriais eram realizadas como estimulação para o desenvolvimento global do neonato. Cada uma delas era identificada como um procedimento como um procedimento de estimulação, a saber: sonora, visual, tátil, proprioceptiva e labiríntica. Seus aspectos foram contados separadamente, haja vista que para cada neonato havia uma abordagem diferente, de acordo com sua prontidão e maturidade neurológica para a interação, especialmente no caso dos bebês prematuros.

Um conjunto de intervenções referentes à relação mãe-bebê consistia na sua observação, facilitação e ampliação do repertório dos genitores no cuidado ao seu filho, e orientação para o pós-alta hospitalar. No primeiro aspecto, observava-se a interação entre mãe e bebê, o repertório de cuidados maternos e paternos, a disponibilidade dos pais para visitas ou se o recém-nascido permanecia desacompanhado a maior parte do tempo, ou não, a organização familiar para acompanhar a internação do neonato e como os pais lidavam com as restrições físicas a que seus bebês estavam submetidos (sonda, acesso venoso, imobilização pós-trauma ou cirurgia). O segundo aspecto incluía os cuidados do neonato realizados pelos pais ainda durante a internação, a importância do autocuidado materno e paterno, o retorno do puerpério da genitora, o bem-estar durante a amamentação (possível desconforto com pontos do parto) e encaminhamento para o banco de leite humano (BLH) para orientações em relação à mamada. No terceiro aspecto acontecia a orientação sobre a alta hospitalar, na qual se organizavam a rotina de cuidados do bebê em domicílio, adequação do espaço físico disponível em casa, os cuidados após a amamentação, promoção da regulação do ciclo circadiano, acompanhamento de puericultura na UBS de origem e a estimulação global.

O posicionamento se referia às intervenções realizadas no leito do neonato que favoreciam a auto-organização dos estados e que ofereciam informações sensoriomotoras facilitadoras para que o RN, em choro intenso, se acalmasse e estivesse alerta para o atendimento da terapeuta ocupacional.

O suporte à equipe era a intervenção realizada em conjunto com outro profissional enquanto facilitador para o estado de alerta ou de sono do neonato para a intervenção.

Caracterização do trabalho em equipe

A análise documental do setor de Terapia Ocupacional, do diário de campo e da semana típica de trabalho permitiram depreender uma caracterização do trabalho em equipe na UCINCo. As atividades realizadas foram classificadas como: reuniões regulares, reuniões sobre casos específicos, comunicação eventual, encaminhamentos da terapeuta ocupacional para outros profissionais da equipe e dos outros profissionais da equipe para a Terapia Ocupacional (Quadro 5) e são descritas a seguir.

Quadro 5: Caracterização do trabalho em equipe, a partir de análise documental do setor de Terapia Ocupacional e da semana típica de trabalho

Caracterização do trabalho em equipe	
Reuniões regulares	Protocolo de Atendimento às Pacientes Usuárias de Substâncias Psicoativas
Reunião sobre casos específicos	Discussão de casos de bebês com internação prolongada entre os membros da equipe e com os pais
Comunicação eventual	Discussão dos casos
Encaminhamento TO para os outros profissionais	Registro no prontuário do paciente e comunicação verbal
Encaminhamento outros profissionais da equipe para a TO	Equipe multiprofissional: via prontuário e comunicação verbal Serviço social: preenchimento interconsulta e comunicação verbal Neonatologistas: anotação na prescrição do neonato

Reuniões regulares

As reuniões que ocorriam regularmente eram referentes ao Protocolo de Atendimento às Pacientes Usuárias de Substâncias Psicoativas, das quais participavam representantes dos diversos setores do HMLMB. Esta iniciativa surgiu a partir de dificuldades vivenciadas pela equipe no cotidiano de trabalho,

quando no oferecimento de cuidado dirigido a esta população, cada vez mais numerosa no hospital maternidade estudado.

Nestas reuniões discutiam-se questões referentes à construção de um protocolo de atendimento dirigido às gestantes farmacodependentes encaminhadas por outras instituições, trazidas pelo SAMU ou vindas por demanda espontânea. O protocolo visava otimizar a comunicação entre os membros da equipe, definir um fluxograma de atendimento para estas pacientes, da entrada no pronto atendimento, passando pelo período de internação, parto, puerpério e encaminhamentos para a rede no pós-alta hospitalar.

Reunião sobre casos específicos

A equipe multiprofissional não possuía reuniões regulares para discussão de todos os casos atendidos na UCINCo, porém em 2008 definiu-se um “protocolo de acompanhamento de bebês crônicos” - que neste estudo, conforme o Quadro 3, são os neonatos classificados com grau 4 de complexidade de cuidado - de maneira que se pudesse construir um projeto terapêutico com ações de cuidado que se integrariam os pais e a equipe desde o período de internação, com vistas a preparação para a alta hospitalar.

Neste protocolo, realizavam-se reuniões em diversos momentos entre os profissionais da equipe e os pais do bebê. Havia uma primeira reunião para a comunicação da notícia de ser um bebê de alto risco, com uma discussão preliminar do histórico deste bebê entre a equipe e depois oferecia-se acolhimento aos pais, encorajando-os para realizar os cuidados do seu filho e esclareciam-se suas dúvidas. Em segundo momento era feita uma atualização sobre a responsividade do neonato aos atendimentos realizados, cuja evolução apresentava prognósticos sobre a necessidade das cirurgias de gastrostomia (GTT) e/ou traqueostomia (TQT).

Caso fossem necessárias, havia uma reunião para solicitação de autorização dos pais para estes procedimentos cirúrgicos e, após sua realização, conforme a recuperação do bebê, os pais eram novamente chamados para discutirem a preparação para alta hospitalar. Neste encontro eram definidos os

dias e os horários, conforme a disponibilidade dos pais, para a equipe capacitá-los para os cuidados em casa. Quando possível, os genitores trazem outro adulto de confiança da família que possa lhes oferecer apoio. Estes adultos eram capacitados para realizar a administração das medicações de modo correto, a higienização e cuidados com a gastrostomia e a traqueostomia, aspiração de vias aéreas superiores e nebulização de oxigênio, manejo de equipamentos, preparação e oferecimento da dieta, além de se tornarem capazes de reconhecer sinais de necessidade de levar seu filho a serviços de pronto-atendimento.

De acordo com este protocolo, a alta hospitalar era dada ao bebê apenas quando os pais se sentissem seguros em levar seu filho para casa.

Comunicação eventual

Devido à ausência de horários pré-determinados na agenda profissional para a discussão formal dos casos, o que deveria ser um meio de comunicação eventual acabou se tornando o meio usual para que os profissionais da equipe multiprofissional pudessem discutir os casos atendidos em comum. Estas discussões ocorriam, então nos horários entre os atendimentos e, quando não era possível utilizar uma sala reservada, conversava-se no balcão que os profissionais da equipe multiprofissional utilizavam para evoluir os prontuários, que ficava um pouco afastado dos boxes em que os bebês e seus pais estavam.

Estas discussões de caso visavam atualizar informações sobre a história dos neonatos e de suas famílias, favorecendo práticas de cuidado mais colaborativas entre os profissionais.

Encaminhamento da Terapia Ocupacional para os outros profissionais

Na unidade hospitalar, a terapeuta ocupacional realizava encaminhamento para os outros profissionais da equipe multiprofissional da UCINCo, habitualmente, mediante registro do prontuário do bebê e por comunicação verbal. As pacientes com dificuldades de amamentação acompanhadas pela Terapia Ocupacional eram encaminhadas pessoalmente

para o BLH para orientação e procedimentos específicos em relação ao manejo do aleitamento materno.

No ambulatório de prematuros os encaminhamentos ocorriam com preenchimento de pedido de interconsulta, uma vez que os profissionais nem sempre estavam presentes no setor, além de comunicação verbal para passagem de plantão.

Encaminhamento de outros profissionais para a Terapia Ocupacional

De acordo com o Quadro 5, os encaminhamentos realizados pela equipe multiprofissional da UCINCo também ocorriam por registro em prontuário e por comunicação verbal. Haja vista a diferença dos horários dos plantões, o prontuário também servia como um importante meio de comunicação da equipe.

O Serviço Social encaminhava pacientes para a Terapia Ocupacional mediante solicitação de interconsulta por escrito e, às vezes, por comunicação verbal, deixando recado para a profissional na sala da Reabilitação.

Os neonatologistas encaminhavam os pacientes em anotação realizada na prescrição diária do neonato, principalmente se o horário da visita médica não coincidia com a presença da terapeuta ocupacional na UCINCo.

6.1.3.4. A atuação do terapeuta ocupacional junto ao neonato em uma UINCo: descrição de um atendimento

Há na infância humana uma animação e uma vitalidade que se mostram a todo instante. O bebê olha com absorção, sorve o seu meio ambiente muito antes de “saber como” fazer qualquer coisa para o aprender e o dominar. Perscruta e explora minuciosamente o seu mundo em busca de todo e qualquer sinal do que é novo, insólito ou original para ele, e acompanha não só o que se passa diante de seus olhos, mas também o que está acontecendo nas fronteiras do mundo. No começo, nas semanas iniciais de vida, o bebê ou está alerta, “ligado” e numa disposição para explorar, ou está “desligado”, daquela maneira total que as crianças pequenas têm de se desligar. Gradualmente, a vivacidade amplia-se a novos períodos mais extensos e a criança dedica-se a novas tarefas: vida social, manipulação de coisas e o gradual entrosamento do mundo dos olhos com o mundo das mãos. Uma carreira de viagens autoprojeadas começa desde cedo – talvez quando o bebê, deitado de costas, consegue girar o corpo e ficar de barriguinha para baixo -, e o território sobre o qual o seu controle se dilata conhece uma expansão que nenhum império jamais teve (Brazelton, 1981, p. 15).

Nesta seção serão descritas as ações da terapeuta ocupacional-pesquisadora do que era feito usualmente nos atendimentos na unidade neonatal. Essa descrição não pretende contemplar as variações de caso, mas nomear o processo do contato com o bebê, com a mãe/família no espaço da UCINCo.

Quando a terapeuta ocupacional se aproximava do leito, iniciava a abordagem do bebê em alerta, com ou sem choro, no leito, com uma saudação verbal para chamar sua atenção. A partir da observação dos sinais de aproximação ou de retração que ele exibisse, prosseguia a interação com este neonato.

A terapeuta continuava a conversar com este bebê, realizando um toque simultâneo com a mão em concha na cabeça e nos pés ou nas articulações-chave, como ombros e quadris, para introduzir o contato físico sem causar sobressalto ao neonato. Este poderia apresentar sinais de retração, como bocejos ou inclusive, o próprio choro, que eram lidos pela terapeuta ocupacional como necessidade de ajuda para voltar a dormir ou para acordar, especialmente nos horários próximos às mamadas, e assim, oferecia-se o suporte de que este bebê necessitava: fosse a adequação de posicionamento no leito, auxílio para regulação da temperatura corporal ou a manutenção do estado de alerta.

Caso o bebê se mantivesse em choro intenso era importante buscar o motivo do desconforto – fralda molhada, fome, sono, dor ou calor, por exemplo – e, se não for possível solucioná-lo naquele momento, a terapeuta ocupacional procurava minimizá-lo. A rotina da internação na UCINCo permite aos profissionais que atuam diretamente com os bebês antever o horário em que as atividades de cuidado ocorrem e, com a habituação à linguagem corporal e ao choro dos neonatos, também é possível ter pistas sobre os motivos que causam o seu desconforto. Por outro lado, nem sempre esta rotina se adequa ao ritmo dos recém-nascidos que, na ausência das mães, podem necessitar de acompanhamento para a auto-organização.

Em outro horário, o bebê estando alerta e apresentando sinais de aproximação, a terapeuta ocupacional posicionava-o no próprio leito em decúbito

mais elevado com o apoio dos cobertores que estivessem no leito, quase sentado e se iniciava a estimulação sensorial.

A estimulação sonora era realizada como uma conversa com o neonato, com uma fala tranquila, com voz suave, com entonações diferentes que se conjugavam com as expressões faciais da terapeuta ocupacional. Era possível perceber que os recém-nascidos que prestavam atenção conseguiam parar de chorar. Observava-se a preferência por vozes mais agudas a graves e que, intuitivamente, as pessoas mudavam o timbre de voz para se dirigir ao bebê. Alguns bebês que despertavam chorando deixavam os pais aflitos, por não conseguirem acalmar seus filhos. Então, a terapeuta ocupacional sugeria-lhes que conversassem com seus bebês. Percebíamos com frequência que aqueles bebês cujos genitores referiam ter conversado durante a gestação costumavam se acalmar quase imediatamente ao ouvir as vozes conhecidas. Outras referências para estimulação sonora eram as músicas. Tocar ou cantar músicas infantis enquanto a terapeuta tocava o bebê tinham um efeito interessante ao desenvolvimento global do neonato, que se beneficiava da percepção de melodia, ritmo e harmonia, além de a reverberação que ocorria na caixa torácica da terapeuta também poder ser um estímulo sensorial positivo para a criança

Na estimulação visual buscava-se observar se o recém-nascido fixava o olhar, rastreava ou já seguia algum movimento. A pista sonora da voz humana ajudava a prender a atenção dos bebês e facilitava na interação, haja vista que a acuidade visual nesta fase inicial ainda é rudimentar. Era importante atentar-se à distância entre os olhos do bebê e o rosto da terapeuta ou o objeto apresentado para estimulação visual, pois se esse objeto estivesse muito próximo ao rosto, o neonato fazia uma convergência com os olhos, que era inadequada para o desenvolvimento da acuidade visual dos bebês. Ao se estimular a visão do neonato para seguir objetos em movimento que lateralizava sua cabeça, agregava-se mais um estímulo, o labiríntico. O deslocamento da cabeça favorecia o desenvolvimento do controle cervical.

Outro modo de realizar estimulação labiríntica era com o recém-nascido no colo. Existiam maneiras de graduar a intensidade desta estimulação. A menos intensa era colocar o bebê com a cabeça apoiada no tórax da terapeuta e inspirar

e expirar profundamente. Este estímulo costumava ser bem tolerado inclusive pelos recém-nascidos pré-termo e ofereciam a referência da terapeuta ocupacional tranquila para que o neonato pudesse se acalmar e manter a auto-organização. Falar-lhe nesta posição também costumava oferecer conforto, uma vez que a vibração da voz na caixa torácica do adulto também funcionava como estímulo tátil e proprioceptivo familiar. Esta condição era bastante explorada quando se fazia a posição canguru, com o bebê enfaixado pele a pele com a mãe ou o pai. Estudos atuais apontam que o Método Canguru favorece que o neonato regule seu ritmo de respiração a partir do movimento respiratório dos pais, enquanto está nesta posição. Indo além, acredita-se que o calor irradiado e os sons viscerais percebidos pelo bebê nesta interação favorecem que o neonato prematuro vivencie por mais um tempo a situação intrauterina e são facilitadores do amadurecimento orgânico pela experiência sensorial integrada e com o menor número de interferências ambientais possível.

Também era possível realizar a estimulação labiríntica caminhando com o bebê deitado no colo pelo Box. Os pais eram orientados para que não chacoalhassem a criança com movimentos bruscos, nomeados como “shake baby”, porque isto poderia causar danos cerebrais importantes. O leve balanço do corpo do adulto dando passos no mesmo lugar, ou com as pernas afastadas para os lados, ou em torno do seu próprio eixo também eram maneiras de oferecer este estímulo aos bebês.

Em caso de bebês maiores, que já iniciavam o controle cervical, era possível realizar outra modalidade de estimulação integrada. Com a cabeça e as costas do bebê apoiadas no tronco do adulto, quadril do bebê em flexão de 90 graus apoiado no antebraço do terapeuta e segurado com os braços para frente, sentado na posição chamada “cadeirinha”, era possível caminhar pelo espaço, oferecendo estímulos proprioceptivos ao neonato, favorecendo o controle cervical, oferecendo estímulo labiríntico, quando o bebê voltava a cabeça para os lados para perceber o movimento do ambiente, além da interação com os outros adultos intermediada pela terapeuta ocupacional. Importante ressaltar que esta interação servia para ampliar o repertório de experiências sociais do neonato, proporcionando encontros e vivências com outras pessoas que ultrapassassem o simples contato com o adulto no momento de receber os

cuidados fundamentais, como a alimentação, a troca de fraldas e o banho.

Depois de realizada a estimulação, era momento de o bebê retornar para o seu leito. A maternagem realizada paralelamente a esta estimulação multimodal tinha delimitados o seu início, meio e fim. Realizar esta sequência tinha a finalidade de propiciar uma organização interna do neonato, de modo que ele vivenciasse uma experiência de autointegração a partir da relação com o outro. Também era importante que os bebês internados na UCINCo conseguissem permanecer sozinhos e ter seus próprios recursos de auto-organização e autoconsolo na ausência dos pais e de outros cuidadores imediatos.

Os estímulos, então, eram gradualmente retirados. Geralmente após esta interação era possível perceber sinais de retração do bebê, o que também poderia ser o indicativo de que o atendimento havia chegado ao fim. Outra situação bastante corriqueira era a chegada do leite no horário da mamada. Posicionava-se o neonato no berço em decúbito lateral, com anteparo de um rolinho de cobertor ou cueiro nas costas, a terapeuta ocupacional realizava um toque na cabeça e no quadril do bebê e se despedia dele.

Um neonato com fome poderia apresentar sinais de procura dos quatro pontos em volta da boca, agitação dos braços e das pernas e estes bebês emitiam estalidos, como se sugassem a própria língua. Quando a terapeuta aproximava a mão do bebê ao seu rosto para que pudesse realizar a sucção não-nutritiva e se acalmasse da intensa agitação, esperava-se que ele pudesse aguentar esperar até que sua mãe chegasse ao box ou que conseguisse suportar a espera até que a dieta chegasse do lactário. No entanto, sugar a mão poderia não ser suficiente para que o bebê desacompanhado da mãe cessasse o choro. Então ele era pego no colo e a terapeuta ocupacional realizava a estimulação sensorial e a maternagem substitutiva. Entretanto, este bebê não poderia ficar calmo demais, senão tornaria a dormir e poderia não ser alimentado adequadamente.

No caso de um bebê que estivesse em seio materno livre demanda (SMLD) e sua mãe tivesse dificuldade para o manejo, a terapeuta ocupacional

oferecia ajuda e, se solicitada, posicionava o neonato e a mãe para facilitar a amamentação e ofertava orientações para que esta dupla pudesse prosseguir neste processo.

Dependendo do dia, se houvesse muitos bebês no setor, em um horário com poucas mães presentes e apenas uma auxiliar de enfermagem para cuidar do box, se aquele neonato que a terapeuta ocupacional estivesse atendendo estivesse auto-organizado, poderia ser “o último da fila da alimentação” ou “o primeiro”, por ser justamente aquele que mais chorava ou que chorava mais alto. Nestes dias agitados, a terapeuta ocupacional oferecia suporte para que as auxiliares pudessem concluir a oferta da dieta: após a oferta de leite pela auxiliar, a terapeuta ocupacional recebia o bebê no colo, mantinha-o em posição verticalizada até que se ouvisse a sonora eructação, limpava com uma faze o resíduo do leite que ficou na boca ou que o bebê regurgitou e o posicionava no berço em decúbito lateral direito, para favorecer o esvaziamento gástrico.

Em horários distantes das mamadas, se os bebês apresentassem cólicas, a terapeuta ocupacional poderia colocá-lo em decúbito ventral com a cabeça apoiada no antebraço da terapeuta, os membros superiores do bebê próximos ao rosto e os membros inferiores fletidos, posição que ajudava a aliviar a dor e a organizar o RN corporalmente.

As crianças, mesmo doentes, têm necessidade de brincar. Ao se movimentar, o bebê experimenta formas de entender e aprender o mundo que o cerca. Deste modo, a terapeuta ocupacional permitia algum movimento das mãos mais livre de um neonato que usasse luvas para não sacar a SNG ou o acesso venoso, durante o seu atendimento. Os bebês apresentam à terapeuta pistas de quando, por quanto ao tempo e como ela deseja que seja a interação, especialmente quando se tratava de prematuros que tiveram longa permanência na UTIN e eram transferidos para o berçário para ganho ponderal. Observava-se no cotidiano de trabalho que estes bebês eram mais sensíveis a todos os tipos de estímulo e que requeriam a atenção da terapeuta ocupacional para intervir no ambiente, especialmente quando estava ruidoso ou muito iluminado, além da necessidade de “dessensibilizá-lo” dos toques dolorosos recebidos no período anterior. Um banho de imersão seria um fator estressante que poderia

fazê-lo perder calor e peso, então, após a troca da roupa de cama da incubadora, por vezes, era necessário dar continência física, com toques bastante sutis, a este neonato para que pudesse retomar a auto-organização.

Havia bebês que dormiam muito durante o dia, só acordam para os procedimentos de cuidados fundamentais, despertavam ao final do dia e permaneciam mais alertas à noite, mas que eram pouco estimulados pela equipe. Este era um indicativo de que o neonato necessitava de ajuda externa para organizar seus estados de vigília e sono. Quando isto ocorria, percebia-se a troca do ciclo circadiano. Com estes bebês, a terapeuta ocupacional oferecia a estimulação sensorial nos momentos próximos ao horário em que eles despertam para a alimentação ou troca de fraldas, de maneira que, aos poucos, fosse lhes dada uma noção de temporalidade, de momentos em que poderiam ocorrer interações interessantes com as pessoas, independentemente dos procedimentos dolorosos ou referentes aos cuidados básicos de sobrevivência. Estas interações permitiam oferecer, de uma maneira sutil, informações sobre o dia, quando se deveria permanecer alerta por mais tempo, e a noite, quando se teria menos estímulos.

Parte das orientações oferecidas aos genitores dos bebês ocorriam no sentido de ressaltar que o “estado de espírito” dos adultos interferia bastante na interação com o seu filho. Se o neonato estivesse nervoso, sugeria-se que os pais tentassem se tranquilizar para poder acalmar e oferecer segurança ao seu bebê. Observava-se que pais muito agitados poderiam ter dois tipos de resposta do filho: ou ele também se agitava e não conseguia manter a auto-organização e regular o estado de alerta satisfatoriamente para interação com os adultos, ou o neonato entrava em prolongados períodos de sono, “bloqueando-se” do contato para se proteger do excesso de estimulação ambiental, especialmente se ele era prematuro.

O atendimento aos pais poderia ocorrer compartilhado ao neonato, quando eles estivessem juntos no box ou na sala de tevê, que era um espaço com cadeiras confortáveis e poltronas para que pudessem estar com seus pais e para que as mães os amamentassem. Também havia a possibilidade de atendimentos apenas dos familiares, se o bebê estivesse dormindo no berço ou

estivesse em outro espaço, durante procedimento da enfermagem, como a punção venosa. Nestas situações, o acolhimento dos familiares trazia à tona a necessidade de organização do cotidiano familiar para acompanhar a internação do recém-nascido, da preparação do domicílio para receber o bebê após a alta hospitalar, além de encaminhamentos para os dispositivos sociais e de saúde da comunidade para continuidade do acompanhamento desta família na rede.

O trabalho em equipe multiprofissional facilitava a articulação da complexidade dos cuidados necessários na UCINCo. Entretanto, a sobrecarga de trabalho resultou na diminuição do trabalho conjunto de profissionais junto aos pais. Havia um dispositivo bastante potente para o empoderamento dos cuidados e para a troca de experiências interpessoais que ocorria informalmente, o grupo de acolhimento dos familiares. Estes grupos eram formados como uma roda de conversa quando havia algumas famílias na sala de tevê. Neles se compartilhavam as expectativas da alta hospitalar, as necessidades de cuidados especiais durante a internação e no domicílio e os sentimentos gerados pelo tempo de internação prolongado. Geralmente era conduzido por diferentes profissionais juntos no mesmo espaço, mas foi descontinuado pelos motivos descritos acima. A sala de grupos da Terapia Ocupacional foi desativada ao mesmo tempo que o alojamento canguru então, não havendo mais espaço adequado, os atendimentos passaram a ocorrer apenas na UCINCo.

Nos casos de bebês com enfermidades crônicas, que necessitavam realizar cirurgias vitais ou que necessitavam de cuidados intensivos mesmo após a alta hospitalar, a equipe multiprofissional realizava reuniões apenas com os profissionais para discussão dos casos e definição das condutas de cada área e, em outro momento, junto com os familiares, para que recebessem as informações, esclarecessem suas dúvidas e compreendessem, de maneira ilustrada, como seria o procedimento realizado com o bebê. Após a cirurgia, a família recebia capacitação para realizar os cuidados deste bebê em domicílio e, quando se sentissem seguros, era dada alta hospitalar. Apesar da prática da reunião de equipe continuasse a acontecer durante o trabalho de campo, houve uma diminuição na frequência da discussão dos casos.

6.1.4. PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NO HMLMB

Para se conhecer as percepções dos membros da equipe multiprofissional sobre a atuação do terapeuta ocupacional no berçário foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalhassem na unidade neonatal há mais de um ano e que habitualmente encaminhassem pacientes para a Terapia Ocupacional.

Foram entrevistados, ao todo, 14 profissionais, sendo um gestor do serviço, duas assistentes sociais, três auxiliares de enfermagem, uma enfermeira, duas fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas, dois médicos e uma psicóloga. Estas entrevistas foram gravadas, transcritas e validadas pelos profissionais. Para identificar a origem das falas estes profissionais foram renomeados com uma sigla com o nome da categoria mais um número (por exemplo, AE1 para Auxiliar de Enfermagem 1; PSI para psicóloga e assim por diante), conforme quadro abaixo:

Quadro 6: Profissionais entrevistados renomeados

Categoria Profissional	Sigla
Auxiliar de Enfermagem	AE1, AE2, AE3
Enfermeira	ENF
Fisioterapeuta	FT1, FT2
Fonoaudióloga	FGA1, FGA2
Médico	MED1, MED2
Psicóloga	PSI
Assistente Social	SS1, SS2
Gestora	GES

Dentre os entrevistados, a maioria era do sexo feminino, com idades entre 26 e 53 anos. Dois (2) profissionais tinham nível médio e 15, universitário, cujo

tempo de formação variou entre seis (6) e 25 anos. Dentre os profissionais com curso superior completo, uma (1) pessoa possuía mais de uma graduação na área da saúde e sete (7) tinham pós-graduação (residência em pediatria e neonatologia, mestrado acadêmico, especialização em administração hospitalar, disfagia neonatal, atualização em dependências químicas e aprimoramento profissional em neonatologia). Em relação ao tempo de trabalho no HMLMB, duas (2) trabalhavam há menos de cinco anos no hospital, três (3), trabalhavam de seis a dez anos e 9 trabalhavam há mais de dez anos. Quanto ao vínculo, três profissionais eram contratados por CLT e 11 eram estáveis.

A partir da leitura exaustiva do material obtido, a análise de conteúdo resultou em quatro grandes temáticas: (i) atuação da Terapia Ocupacional junto ao neonato; (ii) atuação da Terapia Ocupacional junto à mãe e à família dos neonatos; (iii) necessidades de ampliação do serviço de Terapia Ocupacional e (iv) mal-entendidos sobre o papel do terapeuta ocupacional nas UTIN. Os respectivos subtemas foram sistematizados a seguir, conforme Quadro 7:

Quadro 7: Percepções da equipe sobre o trabalho da TO na UCINCo

Temáticas principais	Subtemas
Atuação do terapeuta ocupacional junto ao neonato	Acolhimento, posicionamento, favorecimento da auto-organização do RN e promoção do desenvolvimento do bebê; Promoção da qualidade de vida e organização do cotidiano do neonato nas internações longas e na ausência dos pais; Realização da maternagem.
Atuação do terapeuta ocupacional junto à mãe e à família dos neonatos	Realização do grupo de pais no alojamento canguru; Favorecimento da diminuição do estresse materno e suporte emocional durante a internação do neonato; Fortalecimento do vínculo entre mãe-bebê; Facilitação da organização da rotina pós-alta hospitalar; Orientações dadas aos pais quanto à estimulação do seu bebê; Oferecer atenção focalizada aos bebês em situação de vulnerabilidade social (os chamados “casos sociais”).
Necessidade de ampliação do serviço de TO no hospital	Reconhecimento da falta de terapeutas ocupacionais no serviço;

	Necessidade de intervenção do terapeuta ocupacional no ambiente hospitalar.
Os mal-entendidos na compreensão do papel da TO nas unidades neonatais	<p>Manifestação do desconhecimento do papel da Terapia Ocupacional na neonatologia;</p> <p>Reconhecimento e valorização ou desvalorização do trabalho do terapeuta ocupacional;</p> <p>Percepção do senso comum acerca do papel da TO na unidade neonatal;</p> <p>Mal-entendido sobre a relação TO-atividades no contexto terapêutico.</p>

Fonte: Matsuo; Galheigo (2015)

6.1.4.1. Atuação do terapeuta ocupacional junto ao neonato

Os profissionais entrevistados relataram como papel da terapeuta ocupacional junto ao neonato o de lhe favorecer conforto, posicionamento, auto-organização e estimulação para o desenvolvimento neuropsicomotor. Apesar de essas intervenções fazerem parte do escopo da atuação do terapeuta ocupacional, embora nem todas lhe sejam exclusivas, elas foram apresentadas de modo fragmentado.

Alguns entendimentos eram marcados pela experiência colaborativa em algum atendimento. Por exemplo, oferecidos em função da interação da terapeuta ocupacional com as fonoaudiólogas: para realizar a transição da alimentação oferecida pela SNG para o seio materno era necessário que os bebês tivessem prontidão para a mamada, isto é, estivessem alertas e auto-organizados. A terapeuta ocupacional era chamada para colaborar no atendimento, realizando toques que favoreceriam que o bebê despertasse sem chorar, orientando a mãe deste bebê sobre como fazê-lo no horário da próxima mamada. Neste caso, foi dada mais importância ao favorecimento das condições de alerta do que à organização do ciclo circadiano. Os outros aspectos foram apresentados com menor clareza, tal como a adaptação do neonato ao ambiente, ao invés da promoção da ambiência, isto é, adequação da UCINCo à necessidade do neonato,

[...] a TO auxilia o recém-nascido **observando** suas ações e reações, para que a partir disso, **proporcione estímulos adequados** e variados para que ele se **auto-organize, se acalme, se adapte ao ambiente** (SS1).

Os terapeutas ocupacionais fazem um trabalho importante [...] de **posicionar** [a criança] corretamente, **conversar** com ela, **acalmar, acalantar** [...]. Às vezes, [os bebês] estão com alguma dor ou estão enrolados demais na manta, muito fechados. Então **vocês [os] deixam bem confortáveis, calmos** (AE2).

TO **trabalha muito com o bebê a parte das condições de alerta**, quando ele tem algum desvio ou alteração de comportamento: pode ser neurológico, por algum medicamento. Principalmente pelo padrão neurológico, [filhos de] mães que tiveram algum problema na gestação ou mesmo [por questões] do próprio bebê (FGA1).

O terapeuta **ocupacional atua para ajudar esses recém-nascidos a interagirem melhor**, ter um desenvolvimento melhor no sentido da interação, de aprendizado [para que] **esse bebê não fique isolado, sem família**, mas interagir e **estimular esse bebê** [para se desenvolver] (MED1).

Para a criança, **a estimulação é muito importante para o desenvolvimento neuropsicomotor**. Eu acredito que seja estimular [para] que o bebê tenha um desenvolvimento neuropsicomotor adequado, porque as crianças que normalmente ficam internadas já correm risco de ter um atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (MED2).

As justificativas oferecidas pela equipe para a intervenção do terapeuta ocupacional incluíam a necessidade de estimulação para a interação do neonato considerando as internações longas, a extrema prematuridade, e a exposição a um ambiente com muitos estímulos hostis, como a manipulação dolorosa. Assim, a promoção de estímulos adequados e a proteção aos inadequados que são fatores que podem causar atrasos no desenvolvimento global do neonato, com repercussões a longo prazo, foram os objetivos mais identificados como sendo de responsabilidade da ação do terapeuta ocupacional na UCINCo.

Os prematuros [...] todos vão ter um nível de atraso: pode não ser motor, mas o que se fala muito é em atraso em fase pré-escolar, escolar, da cognição mesmo [...].Nesses casos, acho que tem tudo a ver com a TO trabalhar, numa coisa [de **estimulação] precoce** para chegar lá na frente (FT2).

A criança que está aqui no berçário tem estímulos dolorosos, é uma injeção, uma punção de veia, então a criança já fica daquele jeito [com a aproximação de um técnico]. [Se] você chega perto da criança ela já até chora, ela sente que vai ser estimulada de uma forma negativa. **Quando o [terapeuta ocupacional] estimula de uma forma positiva [com] um colinho, um aconchego, um estímulo visual, um estímulo auditivo, uma musicoterapia [...] são outros estímulos que quebram aquele estímulo doloroso que a Enfermagem vai causar**, porque [o profissional] vai puncionar uma veia e vai sempre fazer de uma forma dolorosa (ENF).

A atuação com os estímulos, com o meio [ambiente]. Porque **são crianças que vão ficar um tempo de internação prolongado [...]. Elas acabam perdendo o estímulo [positivo] dentro do hospital, que fica só no toma leite, fica no berço, troca fralda**. Com o passar dos dias, os bebês exigem mais, eles querem interagir mais com o meio. E dentro de um ambiente hospitalar não tem essa interação [...] quando tem a TO, esse seria o profissional para **estimular a interação do bebê com o ambiente, para ele [se]**

desenvolver. Até mesmo para uma comunicação, mesmo que seja pré-verbal, tudo isso [serve como] estimulação para eles interagirem mais com o ambiente (FGA2).

A organização da rotina do neonato durante a internação, com destaque para as internações prolongadas, foi apontada pela gestora da Equipe da Reabilitação como uma importante ação do terapeuta ocupacional. Sua atuação, assim, contribuiria para oferecer estímulos positivos, graduados e adequados à maturidade fisiológica do prematuro.

[Os bebês que] têm um período longo de internação, a toda hora são manipulados e o trabalho da TO tenta organizar essa rotina [de outra maneira], dando condições para esse bebê perceber a noção espacial [...], porque [ainda] era o momento de ele ainda estar dentro da barriga [da mãe], sem muito estímulo de luminosidade, de ruído. Ele tem que aprender muito rápido esse meio ambiente novo e são questões rápidas [para sua sobrevivência]: ele tem que sugar, aprender a deglutir [...] no momento [em que ainda] era para ele estar quietinho dentro da barriga. [O momento seguinte é o] desenvolvimento psiconeuromotor desse bebê [...] **a TO é tudo nesse momento de internação, porque eles ficam meses e meses, crônicos... [pelo fato de] a internação ser prolongada, os bebês têm riscos e o TO intervém na prevenção desses riscos, principalmente no desenvolvimento futuro, porque hoje, a sobrevida [ocorre mesmo] com idade gestacional muito baixa (GES).**

Em uma UCINCo, poderia se somar ao ambiente desfavorável ao desenvolvimento, a ausência prolongada dos pais, que poderiam oferecer aconchego durante procedimentos potencialmente dolorosos ou incômodos aos seus filhos assim como realizar a maternagem nos cuidados cotidianos de que estes bebês necessitassem. A equipe, então, apontou como a contribuição do terapeuta ocupacional sua atuação como substituto do cuidado materno quando a mãe (ou algum familiar) tinham dificuldades em comparecer ao hospital para acompanhar o bebê internado ou necessitavam de apoio para a elaboração do vínculo com seu filho. Deste modo, o terapeuta ocupacional foi reconhecido como o profissional que na UCINCo realizava a maternagem substitutiva ou ampliada.

[o terapeuta ocupacional] é importante para estar estimulando essas crianças que tem um tempo de internação prolongado... e que **os pais às vezes não conseguem [estar] presentes (MED2).**

[Nos casos de abandono], os TOs fazem a maternagem: é uma coisa fundamental nesses primeiros dias de vida ter esse trabalho com esses bebês, na [sua] formação psíquica. [...] Isso repercute na vida do bebê, na vinculação [da puérpera] com esse bebê no pós-parto. Não sei como que ele sente essa transição do útero para o meio externo [após esta gestação]... **A maternagem é um pouco substituição desse vínculo**

materno. Eu sei que não vai ser da mesma forma, mas imagino que tenham técnicas que os TOs adaptam para esse fim (SS1).

A Terapia Ocupacional tem um papel fundamental na maternagem desses bebês [...] A criança, no começo, precisa da mãe para poder se desenvolver, precisa do aconchego da mãe, sentir o cheiro da mãe, tem necessidade de sucção. **O papel do terapeuta ocupacional [...] não é para substituição dessa mãe, mas a maternagem que, de uma maneira terapêutica vai suprir um pouco a falta dessa mãe, [ajudar n]o desenvolvimento cognitivo, emocional [do bebê]...** (SS2)

[...]. Algumas mães [dependentes químicas] não têm noção de autocuidado nem para si mesma, quanto mais [para] cuidar de um bebê [...]. **Essa mãe [às vezes] não é presente todos os dias, mas [durante] o pouco tempo em ela está [presente]**, pode-se colher dados e **fazer uma integração [dela] com o bebê, ver se há condições para amamentação...** (GES)

6.1.4.2. A atuação do terapeuta ocupacional junto à mãe e à família dos neonatos

Quanto à atuação junto à mãe e à família do neonato, os entrevistados identificaram como papel do terapeuta ocupacional o atendimento direto aos pais dos bebês internados com vistas ao favorecimento do vínculo afetivo entre mãe e o bebê e, entre o bebê e a família, e às orientações oferecidas para os pais para o cuidado e manipulação do bebê com ênfase nas atividades de vida diária do filho. A aprendizagem do cuidado a este bebê já na UCINCo favoreceria o seguimento do cuidado no pós-alta.

[o terapeuta ocupacional] faz um trabalho de **integração do bebê naquele contexto da sociedade, na família** tem a função de integrar o nenê com a família, a família com o nenê... integrar esse bebê e essa família no seu contexto social, não deixar o seu bebê tão separado, [para] que ele participe das atividades com a família também (MED1)

[A TO promove] a integração [...] da mãe do prematuro com esse bebê. [O TO vai descobrir de] qual forma que a gente pode colaborar para **a mãe ter um vínculo [com o seu filho] ...** (GES)

Instrumentalizar a mãe para também dar seguimento em casa aos estímulos para o desenvolvimento neuropsicomotor adequado, ensinar alguns exercícios, massagens, algo que [ela] possa fazer para ajudar o bebê a se organizar, a acordar no momento certo, dormir. Tem o bebê que só dorme e o bebê que é muito agitado... [orientar] a mãe [como] interagir com o bebê, de um modo geral. (FGA2)

As orientações dadas aos pais quanto à estimulação do seu bebê foram apresentadas como um modo de instrumentalizá-los para a interação com o bebê durante a internação com a intenção de favorecer o desenvolvimento global

de seus filhos. O objetivo desta intervenção não era para que os pais passassem a realizar o trabalho dos técnicos, mas que, a partir das orientações fosse possível para eles estimularem o bebê sem desestabilizarem a sua auto-organização, possibilitando sua apropriação do papel parental.

Uma questão de **orientação [aos pais]**. Talvez eles não saibam nem como fazer [a estimulação sonora] (FT2)

[Estimular o bebê] através dos **mecanismos de cores, sensoriais, sons...** isso tudo a família pode aprender, as mães podem aprender. Vamos pegar essas mães para mostrar o que [se pode] fazer para estimular [o bebê em] individualmente ou em grupo (MED1)

A gestora e as assistentes sociais deram destaque para a importância da Terapia Ocupacional no atendimento dos bebês e de mães em situação de vulnerabilidade social, principalmente em caso de uso materno de substâncias psicoativas. Por vezes, estas mães traziam consigo rupturas importantes com os laços familiares e sociais, estando algumas delas em situação de rua. O papel do terapeuta ocupacional era entendido como o de favorecer que esta puerpera pudesse organizar a sua rotina fora do hospital para visitar o seu bebê e envolvê-la no cuidado do neonato. O nascimento do bebê se apresentava, uma oportunidade de resgate do contato com familiares, de construção de projetos de vida de maneira mais sustentável e do despertar para o autocuidado materno.

O mais necessário são os [bebês que os] pais colocaram para adoção e [n]os casos sociais, o caso [que] foi para o Fórum e está demorando a resolução do problema. Esses dois casos e as usuárias de drogas também, porque muitas [dessas mães] não vem visitar o bebê depois que tem [o parto] ou então, têm uma maior dificuldade em estar vindo visitar os bebês [depois da alta], então todos os [casos] sociais deveriam ser atendidos. Inclusive, as mães (SS2)

A atuação do terapeuta ocupacional para a capacitação familiar para o pós-alta também foi referida pelos entrevistados, considerando que este momento pode ser um momento de grande tensão para a família. Levar para casa um bebê que nasceu prematuramente e dar continuidade aos cuidados recebidos durante a internação são em geral desafiadores, mesmo para pais cujos bebês não necessitam de acompanhamento intensivo na rede de saúde. As orientações da Terapia Ocupacional aos pais, na percepção dos entrevistados, se voltavam,

para a transição hospital-casa e para a facilitação da organização da rotina pós-alta hospitalar, com a preparação anterior do ambiente doméstico,

Propiciar também uma visão de depois: depois de levar esse bebê para casa (...), como é que ela vai se organizar para levar a vida que ela levava e ainda cuidar desse bebê. Porque muitas vezes eles vão precisar de serviços de reabilitação. Independentemente dos serviços de reabilitação, essa mãe vai precisar ter um cuidado especial com um bebê que é especial. Ou por ser prematuro ou por ser sindrômico ou por ser um neuropata. Então, **eu acho que [a Terapia Ocupacional] ajuda uma facilitação dessa transição hospital e casa. (FT2)**

Com a família, acho que essas mães tinham que saber muito bem o que você faz [durante os atendimentos], até continuar [a] fazer em casa [no] pós-alta e não esperar chegar no ambulatório depois de muito tempo, [porque] às vezes, [a data da consulta] nem cai no dia do seu ambulatório... o sentido de a terapeuta estimular a família a interagir com o bebê [é que], às vezes, o bebê é prematuro, [essa mãe] tem um pouco de medo do que pode fazer com o bebê... (MED1)

Instrumentalizar a mãe para também dar seguimento em casa aos estímulos para o desenvolvimento neuropsicomotor adequado (...) algo que [ela] possa fazer para ajudar o bebê a se organizar, a acordar no momento certo, dormir (...) [orientar] a mãe [como] interagir com o bebê, de um modo geral. (FGA2)

O trabalho do terapeuta ocupacional no Alojamento Canguru, extinto à época da coleta, foi também lembrado pelos entrevistados como uma das intervenções realizada com os pais, com a finalidade de diminuir o estresse materno e oferecer suporte emocional aos genitores durante a internação do neonato.

Eu lembro quando tinha o Canguru e que tinha os grupos sentados [em volta de uma mesa]. **As mães faziam atividade com o bebê lá do lado, todo mundo [se] integrando, porque os bebês [também] estavam participando disso tudo.** Para a família é [um momento] muito bom, [em] que [descobre que] não está levando um “monstrinho” para casa, está levando um bebê muito pequeno que [já] está interagindo com a família. Às vezes, elas saem [de alta hospitalar] com medo, com a impressão de que parece que [ele] vai quebrar (MED1)

Os grupos terapêuticos podem estar organizando essa rotina, para que elas possam se dedicar mais ao bebê (GES)

Com as mães, acredito que seja [feito] um trabalho mais de organização do emocional também. De percepção daquele momento que elas estão vivendo em relação à internação (FT2).

Interagir com [outras] mães nos grupos de trabalhos manuais... isso ajuda a mãe a se colocar para você poder trabalhar qualquer questão com ela (PSI)

6.1.4.3. Necessidades de ampliação do Serviço de Terapia Ocupacional

Também se verificou na fala dos entrevistados a necessidade de ampliação do serviço de TO, quando houve o reconhecimento da insuficiência de terapeutas ocupacionais no serviço e a necessidade de intervenção do terapeuta ocupacional no ambiente hospitalar. A ampliação do serviço de Terapia Ocupacional também era sugerida com a realização de novos procedimentos (confecção de órteses) e a retomada dos grupos de atendimento aos pais, interrompido devido à desativação do espaço da sala de convivência do Canguru.

Uma coisa que você poderia [voltar] a fazer, é **grupos com os pais**... é o que eu falo pra você, está faltando muita coisa, coisa boa se perdeu e que poderia se aproveitar pra melhorar, aqui é um hospital escola, poderia [se] trazer tanta coisa boa (ENF)

Então talvez voltar o grupo de mães, [em] que as mães pudessem fazer alguma atividade se tivesse algum espaço, mesmo sem o Canguru, uma atividade com as mães e os pais (MED1)

O número de casos [sociais] aumentou significativamente. Por isso que eu falo da necessidade de ter um maior número de profissionais [da Terapia Ocupacional] (SS1)

Talvez pudesse ter mais uma (terapeuta ocupacional) para poder dividir, ter outros projetos com as mães, com os pais. Mais alguém para **poder discutir casos, avaliar com mais calma algum caso** [já que] nem sempre dá tempo de saber os casos. O bebê já sai com alguma coisa encaminhada... por isso seria bom ter uma pessoa que nessa hora te ajudasse a fazer um grupo [em] que... vamos pegar essas mães para mostrar o que fazer para estimular [os bebês] individualmente ou em grupo. Isso faria diferença, [os bebês não vão ficar] na mesma situação e não vai [ser preciso esperar para] começar [a estimulação] lá no ambulatório, daqui a 15 ou 20 dias. Mas no momento, eu sei que não é possível porque a TO tem que dar conta do pessoal daqui de dentro, que são bastantes, são 25, 26, 28 bebês. O serviço [de TO] funciona dentro da possibilidade de uma única pessoa. (MED1)

Outra coisa que seria muito legal e a gente não tem o material para isso no hospital, seria a questão das **órteses**. Porque a TO ajuda bastante também a gente com essas coisas. A gente vê muitas crianças que estão precisando disso agora, que estão [com deformidades] terríveis. Até na UTI a gente atendeu um bebê e tentou fazer lá de gambiarra um abductor de polegar, porque, tentou primeiro fazer com o rolinho, mas não adiantou porque o punho ficava em flexão, fui atrás de palito de sorvete, diz que não tem abaixador de língua na casa, então eu fiz só um abductor de polegar de esparadrapo. Então se tivesse material para moldar, as órteses seriam muito bem vindas... Porque a gente está com vários casos [neurológicos] e a gente escuta muito falar de órtese precoce: trabalhar com essa criança e colocar [a tala] lá na hora. Então acho que seria bom, eles [os bebês] se beneficiariam bastante. (FT2)

Então, eu ainda brigo [com os colegas] quando [alguém] vem solicitar você para outras atividades [fora do setor]. A TO é sozinha... a gente tem uma UTI de 14 leitos, um CI de 28 leitos, então, [a profissional] não tem pernas [para atender a unidade neonatal e fazer as outras atividades]. Não é que a gente não queira [que o TO participe de outras atividades dentro do hospital], é que não dá: porque querem a TO no RH, querem a TO na casa da gestante, querem a TO na gineco, querem a TO para atender funcionário. [...] é interessante o serviço, eu acredito que aos poucos, ele é reconhecido [no hospital]. Na

neonatologia eu falo que [os profissionais] tem mais dificuldade [para encaminhar para a TO], mas os outros setores vivem solicitando o profissional (GES)

A falta de terapeutas ocupacionais no hospital deixava os outros setores, de atendimento aos adultos, descobertos. Era possível solicitar a interconsulta, entretanto, este atendimento dependia da agenda da terapeuta ocupacional no berçário, a disponibilidade da paciente no momento da visita da profissional e da rotina do setor em que essa paciente se encontrava internada.

Acho que deveria ter mais terapeutas ocupacionais para trabalhar com as gestantes de risco. Uma TO num hospital, sozinha, é difícil de estar atendendo, porque além dos bebês, dentro de uma maternidade, a gente também tem uma **casa da gestante**, [em] que elas têm internação prolongada [...] e também no acompanhamento das mulheres que são atendidas na ginecologia, onde fazem cirurgia de câncer (...) (GES)

Foi apontada a ampliação de intervenção do terapeuta ocupacional no ambiente hospitalar, uma ação que implica no envolvimento de toda a equipe, especialmente no que se refere ao ruído ambiental.

Talvez a TO pudesse junto com a equipe [em relação ao] ambiente: observar mais o ambiente e tentar esclarecer mais a equipe em relação aos sons negativos e sons positivos. Se pudesse existir uma música, mas uma música, lógico, preparada para o bebê, nem que a gente tivesse que trazer [em] um *pendrive* e [o] inserisse num aparelho, mas a gente sabe também que isso é uma questão financeira e não sei o quanto que a instituição está aberta para isso. Podia ser alguma música especial. O que eu acho que é mesmo de intervenção, de somar para ajudar tentar mudar algumas coisas no ambiente. [O hospital é] muito, muito, muito ruidoso, eu falo que parece uma feira livre e tem poucos estímulos sonoros bons, positivos [para um bebê]. (FT2)

Eu acho que o serviço da TO é estar proporcionando ambientes mais agradáveis, [com] menos ruído (...) Porque se não tiver o serviço da TO, eu vejo assim, esse bebê vai ficar [só] no berço, sendo manipulado [quando preciso] e [não vai ter] estímulo para proporcionar um ambiente mais [tranquilo]. Eu acho que a TO também [atua para] organizar o ambiente desse bebê perante a equipe. A gente tenta diminuir ruído, luminosidade, [respeitar] a hora do psiu... Propiciar um ambiente mais semelhante [ao útero] (...) porque esse bebê nasceu antes do tempo, não está mais dentro da barriga [da mãe], porque dentro da barriga, tudo é mais tranquilo [em relação ao] ambiente. Mas não [se] pode generalizar que é tudo tranquilo [na barriga da mãe], porque tem gestações que são bastante conturbadas por uso de drogas. Os bebês que nascem com abstinência... e essa abstinência é muito difícil de estar controlando [em um ambiente muito ruidoso]... (GES)

Outro fator de intervenção positiva no ambiente apontado foi a disposição de brinquedos pelo berçário. Na instituição, o setor de Terapia Ocupacional era o responsável pelo oferecimento deste dispositivo. Entretanto, para que este recurso pudesse ser aplicado, era necessária a descontaminação dos objetos a cada uso, atividade difícil de se realizar quando não há profissionais em número

suficiente para atender toda a demanda da unidade neonatal e quando não há plantões aos finais de semana.

O problema daqui é falta de recursos. Nós não temos muita coisa, muito recurso visual, brinquedo. Então se tivesse e pudesse deixar o ambiente mais acolhedor [com] mais brinquedos, desenhos, o visual seria bom. Além de ser bom para os pais, eles se sentiriam mais tranquilos num ambiente familiar, também os bebês teriam um estímulo melhor. Se tivéssemos um estímulo visual melhor, mas nós não temos recurso, teria que ser um brinquedo que pudesse ser lavado, desinfetado, [porque, senão] todos eles se tornariam focos de contaminação. Então é por falta de recurso mesmo, o nosso hospital é muito carente são poucos os profissionais também, falta muito, infelizmente (ENF)

Elas [as terapeutas ocupacionais anteriores] trabalhavam muito com brinquedos. Tinha um protocolo do uso do brinquedo. Acho que sugestão seria se tivesse a possibilidade de ficar brinquedo no leito. Eu mesma fui agora atender, fiz algumas coisas com brinquedo e trouxe o brinquedo [de volta pra sala]. Acho que tem alguns bebês que tem uma cognição boa e que talvez se beneficiariam com ficar com algum brinquedo perto. (FT2)

6.1.4.4. (Re) conhecimentos, desconhecimentos ou mal-entendidos sobre o papel do terapeuta ocupacional na unidade neonatal

Foi possível verificar nas entrevistas, que existia reconhecimento e valorização do trabalho do terapeuta ocupacional, principalmente quando realizado em comparação com outras instituições ou setores no próprio HMLMB em que não há este profissional na equipe.

Quem tem a oportunidade de trabalhar em hospitais que têm o terapeuta ocupacional e hospitais que não tem o profissional, vê a diferença: os bebês e as mães não recebem a mesma atenção. Você vê a diferença do desenvolvimento do bebê, do relacionamento bebê com a mãe, quando tem o profissional atuando e quando não tem o profissional atuando. Talvez pelos outros profissionais não conhecerem o que o profissional faz, seria [importante] estar divulgando o trabalho do terapeuta ocupacional. Talvez eles [os demais profissionais da equipe] julguem não ser importante, porque eles não conseguem ver a importância. Muitas vezes, na internação, eles estão só preocupados com o bebê melhorar e receber alta. Só que nesse melhorar e receber alta, o bebê às vezes fica um período muito prolongado: 40 dias, 60 dias e ele já está perdendo [estímulos para] o desenvolvimento dele. Se tivesse o profissional [no hospital], mesmo na internação, o bebê já estaria sendo estimulado para não perder tanto no seu desenvolvimento. E às vezes a diferença é muito grande [entre quem recebe estimulação e quem não recebe]. O atraso é muito grande, mesmo ele sendo prematuro, ele está aquém da idade, [da aquisição] das coisas que ele deveria fazer pela idade [corrigida] dele. Está muito aquém... então faz muita diferença ter o profissional. (FGA2)

A produção do cuidado humanizado pela Terapia Ocupacional pode ser identificada quando se há conhecimento do percurso processo terapêutico realizado com o paciente. A discussão de caso com o gestor da Equipe de

Reabilitação trouxe a possibilidade de compreensão das condutas realizadas pelo terapeuta ocupacional fora do setor da neonatologia e justificava os pedidos de interconsulta, mesmo que ainda com a visão equivocada de que seria função profissional “dar atividades”.

Quando [a TO] atendia na Ginecologia, onde fazem cirurgia de câncer, montou um caderno de receitas com a paciente, que eram coisas importantes para [essa paciente] deixar para os filhos, para o marido. Ela estava em estágio terminal e quis deixar alguma coisa e precisou da TO naquele momento [...] eu acho que a terapeuta ocupacional, nesse sentido, faz muita diferença, na humanização... (GES)

A percepção sobre o papel da TO também ocorre por aproximação profissional, ou seja, quando os profissionais atendem o mesmo caso juntos, discutem-nos e solicitam suporte para os atendimentos mutuamente. Estas trocas interprofissionais permitem que o atendimento em conjunto seja parte de uma rotina de atendimento ao paciente, de maneira que se ofereça a ele uma atenção menos segmentada.

O que é importante para os outros profissionais também é o estado de alerta ou o estado de sono para o trabalho. Então, se eu vejo alguma dificuldade, eu acho que o trabalho da TO pode ser nisso [...] Uma criança que não tem estado de alerta ou estado de prontidão para uma mamada ou então uma criança que não consegue se organizar para ter uma mamada efetiva, com organização corporal. [Ou seja] uma criança que chora muito ou que seja muito agitada ou que eu não consiga posturar. Eu já encaminhei alguns pacientes que, pela agitação não conseguiam [manter] uma postura adequada para o meu trabalho (FGA1)

[...] eu percebo que [...] com a TO a gente consegue conversar sobre a questão social junto com a visão do emocional, tem essa junção [dos aspectos]. Então consegue ter a praticidade [do manejo do paciente], [n]o concreto mesmo, eu acho que muitas vezes é efetivo. Então, você consegue ver o resultado [da intervenção] rápido. [...] eu sinto uma identificação maior com a Terapia Ocupacional nesse sentido, a gente consegue conversar, o diálogo flui com maior tranquilidade. A gente consegue ter uma visão integrada do paciente. Acho isso muito interessante. Realmente, essas trocas enriquecem o atendimento da paciente (SS1)

Nas entrevistas foi possível também observar a expressão do desconhecimento do papel da Terapia Ocupacional na neonatologia, identificado em respostas vagas e genéricas, expressadas como “conhecimento superficial” ou “conhecimento suficiente para encaminhar” ou quando se desconhece a amplitude da ação da Terapia Ocupacional e se acredita que se intervém em um setor e não em outro.

Acho que eu sei o mínimo para encaminhar, mas talvez tenha mais coisa [para] que os profissionais saibam exatamente o que é. (FGA1)

A TO intervém onde a fisio não intervém tanto, que é na UCINCo, nós ficamos muito na UTI. (FT2)

Ajuda muito a recuperação e na reabilitação da criança. Tanto o fisioterapeuta como o terapeuta ocupacional (ENF)

Na verdade, o conhecimento que eu tenho que é diretamente com os bebês e com as mães. O trabalho feito em conjunto (FT1)

Vocês não fazem [atendimento] lá na UTI, não é? (AE3)

Eu não tenho conhecimento aprofundado. A gente sabe que para a criança, a estimulação é muito importante para o desenvolvimento neuropsicomotor. Eu acredito que seja estimular [para] que o bebê tenha um desenvolvimento adequado, porque as crianças que normalmente ficam internadas já correm risco de ter um atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. E quando a criança já [é] do grupo de risco para ter atraso, o ideal é que você comece a estimulação o mais precoce possível, tanto que, às vezes, depois da alta, eu preciso encaminhar para locais que possa continuar esta estimulação. (MED2)

No berçário] de cuidados especiais... eu acho que [o atendimento da Terapia Ocupacional] tinha que ser bem discutido, porque são bebês que, pela [gravidade da] neuropatia, precisa[ria] ver que [procedimento] é importante fazer e o que não é... [...]. Não saberia te falar o que seria possível [o terapeuta ocupacional] estar fazendo, acho que é até uma pergunta para você [me] responder. Porque os bebês são bem crônicos, [com] os neuropatas [o atendimento] é complicado. [Não sei como seria] o resultado da estimulação, porque muitos têm uma tensão muscular grande, nós temos dificuldades para dar medicação para esses [bebês], para o músculo ficar relaxado (...). Aqui [o Leonor], se a gente for ver, está se tornando um hospital [com] uma ala pediátrica por conta dos [casos] crônicos. Isso é uma coisa que o hospital vai ter que ver alguma hora, porque... nós realmente temos muitos crônicos. Já estamos entrando na pediatria e a gente não tá se dando muito conta disso (PSI)

O trabalho da Terapia Ocupacional era desvalorizado segundo uma assistente de enfermagem, que indicou que o fator desconhecimento sobre a profissão levava a uma percepção superficial e pejorativa do papel profissional na unidade neonatal. No entanto, alguns profissionais que se aproximavam da terapeuta ocupacional conseguiram compreender algumas partes do seu processo de trabalho.

Explicar qual indicação de bebês para o profissional de Terapia Ocupacional para a gente da Enfermagem... [inclusive] para os médicos aumentaria até a respeitabilidade pelo profissional e pelo atendimento à criança, porque a gente conseguiria identificar melhor quando [o bebê] precisa desse atendimento. Eu percebo que, quando eu comecei a trabalhar na Neo, eu perguntava para as pessoas [o que fazia a Terapia Ocupacional e eu ouvia elas falarem assim, com desdém: "o que a Terapia Ocupacional faz aqui? Não faz nada, vem aqui, pega a criança no colo e põe lá de volta [no berço]. Isso aí não serve para nada". Eu tive a curiosidade, me aproximei da TO, perguntei umas coisas, porque eu ouvia tanto assim de forma pejorativa: "só vem aqui, pega o bebê no colo e coloca de volta", que

eu quis entender aquele trabalho. O que eu vejo é uma falta de respeito com o profissional muito grande (AE1)

Um dos motivos apontados deste desconhecimento ocorreria pela falta de divulgação formal sobre o papel do profissional no curso de admissão e nas reuniões de educação continuada do hospital.

Quando eu entrei aqui, eu não tive nenhum esclarecimento sobre isso. O que eu percebo dos meus colegas também é que é bem pouco esse conhecimento sobre o trabalho da Terapia Ocupacional. [...] Eu acho um absurdo eu ter entrado [no hospital] para trabalhar aqui há 3 anos e não saber exatamente a função da terapeuta ocupacional. Na verdade, ninguém tem essa informação [formalmente]: a função é essa, o trabalho é assim. [Seria importante] fazer uma apresentação, explicar qual indicação de bebês para o profissional de Terapia Ocupacional para a gente da Enfermagem, aliás, para todo mundo, [inclusive] para os médicos. [...] Poderia incluir [o tema] nos cursos que a gente faz no setor, de educação continuada, até mesmo no próprio curso de admissão. [Seria importante saber] qual que é a função, não só de Terapia Ocupacional, mas de outros [profissionais] também, para a gente conseguir trabalhar melhor em prol do paciente. Uma equipe que tem um pensamento assim [segregado], como é que você vai trabalhar em conjunto, indicar [uma avaliação] ou identificar que o bebê precisa de um atendimento de TO? Porque quem fica mais tempo com ele, quem percebe se ele está muito sonolento ou se ele está muito agitado e [observa] todas essas alterações comportamentais é o auxiliar de enfermagem (AE1)

A percepção do senso comum acerca do papel da TO foi expressada em falas sobre a maternagem como um carinho ao neonato que a enfermagem não tem tempo para oferecer, a estimulação oportuna como distração para o RN e as atividades como passatempo para as mães dos bebês internados.

A Enfermagem fica com os bebês, consegue dar os cuidados básicos de alimentação, medicação, mas a gente não consegue dar um carinho [como o terapeuta ocupacional], isso mesmo que falta muitas vezes [...] uma brincadeira para um bebê que está muito tempo internado, está muito entediado, no berço o tempo todo... oferecer um meio de distração, um brinquedo, alguma coisa assim para ele (AE1)

A gente não tem tempo para fazer isso [a maternagem], a gente faz, às vezes, tudo muito mecânico. No nosso trabalho de Enfermagem temos muitas crianças para cuidar. Então, vocês [terapeutas] têm uma visão melhor, de chegar lá, estar perto do bebê, dar um carinho, como eu disse, deixa-lo confortável, conversar com ele, não é? Porque se conversar, ele entende, ele escuta... ele gosta de ouvir a voz [humana], gosta de sentir o calor e, às vezes, a gente não dá isso para ele. Raramente alguém da Enfermagem está com [um] bebê. Eles [casos sociais] cobram mesmo da gente, [mas a equipe] tem muitos [outros] bebês para cuidar (AE2)

[...] aprender esses trabalhos manuais incentiva [a mãe]. Ela consegue ter outra visão do mundo. Talvez estivesse com a cabeça muito focada no problema da criança e ela começasse a se desestimular [a vir para o hospital], perdendo até o interesse pela criança, até [porque] cansa a rotina de vir para o hospital só para ver a criança ali. Mas que naquelas mães que ficavam muito ociosas antes, eu via um resultado nelas: elas voltavam menos agressivas com nós [auxiliares de Enfermagem]. Porque elas não viam mais a

criança só como um problema, vegetativo. Elas viam a criança já como [...] filho dela mesmo. Ela começava a mudar [o comportamento], porque vocês faziam um trabalho com eles [os bebês] também. Elas podiam fazer uma coisa para elas e não ficar só ali, sentada ao lado do bebê, todo dia, igual (AE2)

[...] as mães que estão aqui com os nenês, ter um momentinho [na TO] para relaxar, para fazer alguma coisa, nem que for por dez minutinhos. Acho que [vir ao hospital] é estressante. Tem RNS que ficam muito tempo, meses, isso é muito estressante para a mãe, a gente vê que elas estão no limite, qualquer coisa é motivo [para se estressarem]. Ter um momentinho [...] para sair um pouco daquela preocupação é muito importante. (AE3)

Os bebês muito prematuros passam um período de internação muito grande, as mães vão se cansando, dia após dia, as melhoras são sutis em alguns casos e elas vão se desmotivando. O terapeuta ocupacional pode promover um trabalho para que essa mãe não se canse, que ela prepare alguma coisa para o bebê, faça coisas em prol do seu bebê, talvez isso ajude a passar o dia mais rápido. Ela tem alguém com quem conversar e interagir, tem alguma coisa para fazer além de ficar sentada do lado do berço ou da incubadora. Ela pode interagir mais com o ambiente também, que é um ambiente ruim para quem não atua [como profissional da saúde], [...] então [se] torna um pouco mais agradável. (FGA2)

Síntese/consideração final das entrevistas

As percepções dos entrevistados guardaram aproximação com o que o terapeuta ocupacional realizava no cotidiano de trabalho e o que a literatura recomenda como sua atuação na área, mas a identificação era apresentada de forma fragmentada, com equívocos e ambiguidades e marcada pela proximidade com a área do profissional do entrevistado. Evidenciou-se a insuficiência de um único profissional terapeuta ocupacional para um hospital de 115 leitos e seu impacto para a compreensão ampliada do papel da Terapia Ocupacional.

A maternagem substitutiva ou ampliada realizada pelo terapeuta ocupacional foi destacada como uma das modalidades de cuidado realizada junto aos bebês cujas mães não eram presentes durante a internação, e aos neonatos e suas famílias em situação de vulnerabilidade social. Ainda em relação à família dos neonatos, os entrevistados trouxeram a percepção de aspectos referentes ao favorecimento do vínculo afetivo, a instrumentalização dos pais para realizar a estimulação para o desenvolvimento global dos bebês e a transição dos cuidados realizados no hospital para casa.

A contratação de outro terapeuta ocupacional foi apontada pelos entrevistados como um fator que possibilitaria a ampliação do serviço tanto na

UCINCo quanto no hospital como um todo, o que também permitiria a melhoria da qualidade da assistência oferecida pelo setor.

Os mal-entendidos na compreensão do papel da Terapia Ocupacional na UCINCo sugeriram a existência de uma leitura ainda do senso comum sobre o uso da atividade terapeuta ocupacional. O conhecimento fragmentado da atuação da terapeuta ocupacional na UCINCo pareceu ser também resultante de sua inserção incipiente nos serviços, da não-inclusão da Terapia Ocupacional na regulamentação ministerial, e de uma dificuldade de apreensão da complexidade do trabalho do terapeuta ocupacional pela equipe.

6.1.5. Experiências de uma terapeuta ocupacional-pesquisadora em uma UCINCo: uma reflexão baseada no estudo de cenário, nas entrevistas com os profissionais e nos recortes do diário de campo

A reflexão sobre a prática profissional: o exercício do estranhamento como estratégia de conhecimento

Refletir sobre as práticas em um hospital maternidade, a partir do olhar misto de terapeuta ocupacional e de pesquisadora de seu próprio trabalho, provocou mobilizações em direção a remodelamentos existenciais e profissionais. A realização do estudo de campo possibilitou o conhecimento e a descrição da realidade que poderiam, sem dúvida, ser consideradas muito pessoais. Mesmo assim, a partir da singularidade dessa experiência, a reflexão agora apresentada traz consigo experiências e questões que podem estar sendo vividas por terapeutas ocupacionais que trabalham em hospitais e em unidades neonatais.

Pesquisar sobre a própria prática profissional foi um exercício difícil: ao mesmo tempo em que exigiu certo distanciamento da pesquisadora na coleta e na análise dos dados, os resultados construídos não podiam ser dissociados de seu crivo pessoal, como se, de fato, estivesse sendo realizada uma crítica sobre o próprio trabalho.

Esta pesquisa impeliu a um 'estranhamento' do próprio processo de trabalho. Ao adentrar o campo de atuação já conhecido com um 'olhar estrangeiro', foi possível trazer à tona novos questionamentos sobre a própria prática profissional em situações que já pareciam consolidadas. Destacou-se neste exercício, o quão diferente era a atuação da terapeuta ocupacional se comparada a dos demais profissionais do hospital. Junto com esta constatação, pode-se melhor compreender o motivo pelo qual a sua prática do terapeuta ocupacional causava estranhamento para alguns membros da equipe da UCINCo.

Indo além, este estranhamento reforçou a necessidade de visitar outro hospital maternidade público e conhecer o trabalho realizado pelos terapeutas ocupacionais. Esta visita trouxe uma certa sensação de alívio e, ao mesmo tempo, de pertencimento, ao constatar que a prática profissional realizada e seus desafios eram consonantes com o vivido por outros terapeutas ocupacionais em instituições semelhantes.

Foi possível trazer no alforje de experiências dessa pesquisa uma outra compreensão sobre como este trabalho poderia ser realizado. Parafraseando a fala de Gilberto Velho (1978), foi possível tornar familiar o que era estranho; e o que era estranho, familiar.

O processo de pesquisa acabou reverberando na própria qualificação do trabalho realizado pela terapeuta ocupacional-pesquisadora na UCINCo, na medida que permitiu uma tomada de contato mais profunda com os modos de fazer, os dilemas da prática, a compreensão da percepção dos outros profissionais, dentre outros aspectos. Esta pesquisa permitiu uma tomada de consciência crítica em relação aos estereótipos que são produzidos no contexto hospitalar, bem como aos modos de produção de verdades e aos pactos corporativos que com frequência são construídos institucionalmente. A partir desta experiência, foi possível à terapeuta ocupacional-pesquisadora adotar um posicionamento mais crítico, o que a permitiu sair gradativamente de um lugar de desvalor atribuído a quem tem como foco do seu trabalho os pequenos acontecimentos do cotidiano, ao invés do uso de "tecnologias duras" (Merhy, 2003).

A apropriação desse pensamento crítico dialoga com o que Mattos diz que pensar criticamente é se recusar “a se reduzir a realidade ao que ‘existe’” e desejar superá-la (Mattos, 2006, p. 45). Indo além, conforme discutido nos aportes teórico-metodológicos deste estudo, para que o cuidado integral se torne realidade, é necessário refletir sobre a atuação da Terapia Ocupacional na UCINCo como a partir de uma “imagem-objetivo”, na qual são sintetizadas as aspirações e as críticas que mobilizarão a mudança e que “pode[m] ser tornada[s] real[is] num horizonte temporal definido” (p. 45). Somente será possível construir um “trabalho vivo em ato” ao se pensar sobre a prática profissional e produzi-la de maneira também crítica.

Dos resultados do trabalho de campo emergiram três importantes temáticas para a discussão, a saber: (i) a inserção do terapeuta ocupacional hospital: demandas institucionais e a singularidade da profissão; (ii) a comunicação com a equipe e a validação dos processos de trabalho da Terapia Ocupacional; e (iii) a construção do “trabalho vivo em ato” (Merhy, 2004) realizada pelo terapeuta ocupacional.

A inserção do terapeuta ocupacional hospital: demandas institucionais e a singularidade da profissão

O trabalho de campo evidenciou uma contradição entre a compreensão que a terapeuta ocupacional tinha do trabalho, tal como expresso em seu diário de campo/prontuário do setor, e aquele que constava dos registros dos prontuários multiprofissionais e da estatística de atendimentos, onde o detalhamento era fornecido por procedimento.

Isso se deve ao fato de que as intervenções no HMLMB eram organizadas a partir de procedimentos divididos por categorias profissionais, com poucas oportunidades de trabalho colaborativo. A percepção da relevância do profissional, bem como a da necessidade de contratação de novos, era justificada pela gestão a partir do volume de procedimentos efetuados, que passaram a ser exigidos para o registro dos atendimentos. Assim, embora a prática da Terapia Ocupacional neste hospital não fosse procedimento-centrada,

e continuasse a ocorrer a partir de referenciais teóricos que propunham um olhar mais holístico e humanizado para o bebê e a sua família, foi realizado um quadro de procedimentos do serviço, como já anteriormente apresentado. Foi a partir desta solicitação institucional que se gerou uma dissociação entre a atuação holística da terapeuta ocupacional no cotidiano da assistência e a maneira procedimental com que passou a realizar seu registro diário nos prontuários e na estatística de atendimentos.

Nesta nova forma de registro, a contabilização da intervenção aumenta em quase cinco vezes, já que, no período estudado os 1004 atendimentos realizados a 167 pacientes se transformam em mais de 5000 procedimentos. Entretanto, há que se questionar se a visibilidade do trabalho deveria ser apenas validada quantitativamente.

Esta experiência aponta para a contradição existente entre a racionalidade tecnológica, que tem pautado a gestão e a intervenção no hospital contemporâneo, e os princípios holísticos e humanísticos da prática do terapeuta ocupacional, que tem sido evidenciada na literatura da Terapia Ocupacional. Griffin e McConnell (2001) referem dilemas enfrentados por terapeutas ocupacionais em hospitais australianos ao buscarem exercer uma abordagem de reabilitação humanística e focada na pessoa, dentro de sistemas de saúde crescentemente orientados pela contenção de custos. Robertson e Finlay (2007) apontam também as contradições vividas por terapeutas ocupacionais no Reino Unido entre os ideais holísticos da profissão e o foco cada vez mais reducionista proposto para o ambiente hospitalar, com demandas para uma alta hospitalar rápida.

Frente a essas contradições, a terapeuta ocupacional-pesquisadora, com frequência, sentia que sua prática profissional era diferente, como se não fizesse parte daquele contexto. Esta experiência também é reportada por terapeutas ocupacionais que atuavam no Brasil, que diziam se sentir como um “peixe fora d’água” ou um verdadeiro “ET” ou como terapeutas ocupacionais australianos, que se sentiam “a square-peg in a hole” (Wilding; Whiteford, 2006).

Além da racionalidade técnica, há a racionalidade administrativa, que também atingia o funcionamento do hospital. A escassez de recursos materiais

e humanos demandava ajustes na organização para manter o funcionamento institucional. Isso resultou, por exemplo, na redução de algumas modalidades de atendimento, como a extinção do Alojamento Canguru (UCINCa). Estas reordenações institucionais também interferiam no trabalho realizado pela equipe. Para a Terapia Ocupacional, com a extinção da UCINCa, inviabilizou-se a utilização do Método Canguru como também um recurso terapêutico por ela utilizado. Ademais, a extinção da sala de grupos da Terapia Ocupacional impossibilitou a continuidade de realização de atendimentos grupais com os pais da UCINCo, o que, mais uma vez evidenciou o impacto das mudanças institucionais na produção de um cuidado mais ampliado pela terapeuta ocupacional.

Observou-se que a redução do espaço físico e a impossibilidade de ampliação do quadro funcional da Terapia Ocupacional acabou restringindo as possibilidades de trabalho da terapeuta ocupacional, que passaram a ocorrer em apenas uma unidade de internação, a UCINCo, limitando a visibilidade da sua atuação e causando isolamento profissional.

O trabalho realizado por um profissional único no setor era permeado por momentos bastante solitários, por não se ter outro colega do mesmo núcleo profissional com quem compartilhar experiências, compor arranjos para os atendimentos, discutir casos, definir condutas e dividir responsabilidades administrativas. Esta vivência de isolamento profissional do terapeuta ocupacional em contextos hospitalares no Brasil é corroborada pela reflexão trazida por Galheigo (2009, p. 6):

Um dilema importante na restrita incorporação do terapeuta ocupacional nos contextos hospitalares é que ele fica com a solitária e angustiante decisão do lugar que irá assumir neste complexo mosaico; enfim, que clientela priorizar, que nicho específico de ação escolher, que papel para si delimitar. Como se não bastasse, fica com ele, também, a incumbência da divulgação das demais ações possíveis de serem desenvolvidas pela terapia ocupacional no hospital, buscando garantir uma política de contratação de profissionais que garanta a diversificação das ações e programas nas demais enfermarias. A diversificação de projetos evita assim a estereotipia da identificação da terapia ocupacional com um segmento específico de sua ação, que acaba levando ao encapsulamento do trabalho e o decorrente isolamento do profissional na instituição.

Ser um profissional único impossibilitava o compartilhamento de saberes em um domínio profissional extremamente especializado como a neonatologia. A educação permanente é um processo importante no cotidiano de trabalho,

especialmente em um campo com escassez de publicações científicas, e com pouca oportunidade de formação prática no âmbito da formação graduada e pós-graduada em contextos hospitalares (Galheigo; Tessuto, 2010).

A reflexão a partir do diário de campo remeteu ao início do trabalho, quando houve esse tempo de latência para estruturar o setor pelo fato de a terapeuta ocupacional não ser especialista em neonatologia. Na época, este processo de preparação profissional para atuar na área gerou uma demora para a estruturação do serviço, o que comprometeu temporariamente a capacidade da assistência e gerou situações conflitivas para se traduzir à gestão uma prática que era construída quase com artesanaria.

A insuficiência da formação para o trabalho com esta população fez com que se atendessem, inicialmente, os casos de menor complexidade, enquanto a profissional se aprimorava e se apropriava de modos de intervenção mais complexos. Sustentar esta situação era difícil, ao mesmo tempo em que a profissional se encontrava em uma situação de fragilidade perante a equipe, isso exigiu a persistência de acreditar em si mesma.

A necessidade de qualificação profissional foi vivida pela terapeuta ocupacional-pesquisadora desde o início de sua entrada para trabalhar no HMLMB. Os referenciais teóricos que inicialmente fundamentaram sua prática profissional foram Als, Brazelton, Meyerhof, Winnicott e outros teóricos da Psicologia do Desenvolvimento, que foram retomados a partir de anotações de aula de disciplinas da Graduação sobre desenvolvimento infantil, sobre a atenção à pessoa com deficiência e a experiência prática com crianças em estágios curriculares. Foi significativa também uma aula sobre a atuação da Terapia Ocupacional junto ao neonato de risco com a terapeuta ocupacional Péssia G. Meyerhof, que é uma das profissionais de destaque na área, conforme revisão da literatura apresentada anteriormente. Portanto, as referências teórico-metodológicas do trabalho desenvolvido na UCINCo eram principalmente aquelas de base neurodesenvolvimentista obtidas durante a graduação.

Entretanto, somente essa fundamentação teórica não se mostrou suficiente para embasar a atuação da terapeuta ocupacional na UCINCo. Foram necessárias discussões de casos com outros profissionais não terapeutas ocupacionais no cotidiano de trabalho para a compreensão sobre a dinâmica de

funcionamento da unidade neonatal, além da necessidade de se buscar supervisão com uma terapeuta ocupacional para discutir os casos e as intervenções junto aos neonatos. Deste modo, foi possível a apropriação teórico-prática do trabalho em neonatologia na UCINCo e a qualificação do atendimento oferecido a esta população.

O ingresso no mestrado, após seis anos desta experiência, possibilitou a aproximação da pesquisadora à discussão da necessidade de deslocamento do hospital, como o centro da atenção em saúde, para sua constituição como uma das “estações de cuidado” do SUS, dentro de uma perspectiva de atenção em rede (Cecílio; Merhy, 2003).

Na assistência à saúde em contextos hospitalares, as demandas das pessoas são, com frequência, definidas a priori e os atendimentos ocorrem a partir de procedimentos disponibilizados. Nesta situação, se o paciente não tiver a necessidade do procedimento oferecido, ele pode vir a não receber o atendimento pelo profissional. Esta prática procedimento-centrada não oferece escuta para as necessidades de cuidado dos usuários nem soluções para além da intervenção realizada. Limita a corresponsabilização do profissional no cuidado do sujeito, uma vez que retira a autonomia das pessoas atendidas em relação ao cuidado da sua própria saúde (Cecílio; Merhy, 2003).

O hospital contemporâneo ainda continua como local de hegemonia médica e da intervenção especializada, o que faz com que a Terapia Ocupacional tenha que lidar com sua inserção em meio a um conjunto de forças e disputas de poder, dentro de hierarquias já estabelecidas no campo hospitalar.

Refletir sobre a inserção do terapeuta ocupacional no campo de produção da saúde implica, portanto, conhecer os limites críticos do campo e discutir quais são os consensos possíveis e os dissensos inevitáveis que o profissional deve incorporar na produção de suas práticas e conhecimentos (Galheigo, 2008, p. 23).

Assim, se o terapeuta ocupacional em unidades hospitalares desejar coadunar suas práticas aos princípios do sistema de saúde, deve buscar oferecer um cuidado singularizado a partir da escuta e da leitura da “cestinha de necessidades” dos usuários (Cecílio, 2009), e se corresponsabilizar pelo cuidado juntamente com a equipe multiprofissional, munido das competências

profissionais que detêm em suas “caixas de ferramentas” (Merhy, 2000). Ao mesmo tempo, deve, junto à equipe, buscar oferecer a integralidade *no hospital*, isto é, como síntese dos múltiplos cuidados e, *a partir do hospital*, na construção do cuidado em rede, como afirmam Cecílio e Merhy (2003).

A comunicação com a equipe e a validação dos processos de trabalho da Terapia Ocupacional

A racionalidade tecnológica que organizava a gestão do trabalho em saúde no HMLMB, em uma orientação procedimento-centrada, configurava o trabalho em equipe a partir de sua “fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado e paroxismo instrumental” (Peduzzi, 2010, p. 161). Esta experiência pode, mais uma vez, afirmar que, embora a integralidade seja um dos princípios do SUS, o hospital ainda é um local onde pouco se produz um trabalho em equipe com vistas “à integração, democratização das relações de trabalho e integralidade e cuidado em saúde” (Peduzzi, 2010, p. 161). Apesar de existirem políticas de saúde materna e infantil que propõem o oferecimento de assistência integral e humanizada (Brasil, 2013), e o HMLMB tenha aderido a algumas delas, isto não significou, de fato, uma modificação do modo de trabalho produzido. Assim, tal dinâmica tornava possível a identificação das atividades privativas de cada profissional, mas comprometia uma compreensão e realização da produção do cuidado a partir de uma perspectiva integral e de uma prática colaborativa do trabalho em equipe.

Ademais, há que se destacar que o excesso de demanda e as precárias condições de trabalho também impunham limitações ao fazer dos profissionais de saúde, inclusive para realização de reuniões de discussão dos casos, conforme apresentado anteriormente na caracterização do trabalho em equipe. Esta tem sido a realidade do trabalho em contextos hospitalares, principalmente em maternidades públicas onde há grande escassez de recursos humanos e materiais. Nesse sentido, no diário de campo a pesquisadora questionou inclusive se, o desconhecimento acerca da atuação profissional era apenas em

relação à Terapia Ocupacional, ou se havia uma dificuldade geral do reconhecimento do trabalho produzido pelos vários membros da equipe.

No que se refere à Terapia Ocupacional, havia dificuldades da compreensão de seu papel em uma UCINCo pela gestão e pela equipe, sendo mais fácil visualizá-lo no atendimento ambulatorial no pós-alta. A incorporação de uma linguagem procedimental na evolução dos prontuários dos bebês, a partir da sistematização dos procedimentos realizados pela Terapia Ocupacional, por solicitação da gestão institucional, resultou em uma apropriação das práticas dessa profissão de modo parcial, isto é, sem que se tivesse uma compreensão de sua atuação como um todo, como pode se observar nas entrevistas com os profissionais. Por exemplo, as assistentes sociais davam maior foco à maternagem, as fonoaudiólogas destacavam que o terapeuta ocupacional colaborava no processo de alerta para procedimentos, outros, destacavam para a questão da estimulação. Portanto, de modo geral, passou-se a nomear a ação da Terapia Ocupacional a partir dos procedimentos realizados, conforme descrito pela terapeuta ocupacional nos prontuários dos pacientes.

Foi possível depreender das entrevistas que existia reconhecimento e valorização do papel profissional do terapeuta ocupacional no HMLMB por vários profissionais. Tal valorização pode ser percebida, por exemplo, quando uma das entrevistadas, ao comparar instituições com e sem terapeuta ocupacional na equipe, apontou diferenças percebidas no relacionamento entre mãe e bebê e referiu que a estimulação do neonato realizada pelo terapeuta ocupacional, ainda durante a internação, permite que este tenha menos atraso no seu desenvolvimento, principalmente se for prematuro.

Conforme apresentado nas entrevistas, mesmo com as identificações parciais dos profissionais das ações da Terapia Ocupacional na UCINCo, o terapeuta ocupacional era um dos poucos profissionais que buscava organizar a rotina de cuidados para que tornasse essa vivência mais humanizada para o bebê. Este papel, ainda não consolidado no Brasil, é descrito na literatura no trabalho dos grupos de estudo de Barros (2010), Cardoso (2010), Dittz (2004; 2006a; 2006b; 2008; 2009; 2011; 2012; 2013), Joaquim (2008; 2014; 2016) e Mascarenhas (2010).

O reconhecimento e valorização profissional também puderam ser percebidos quando os entrevistados falavam da necessidade de ampliação do serviço. Por exemplo, um neonatologista disse que ter outro terapeuta ocupacional favoreceria a discussão e a divisão dos casos, que poderiam ser acompanhados com mais profundidade, bem como poderiam ser oferecidos grupos de estimulação global com as mães e os bebês internados. A gestora da Equipe de Reabilitação sugeriu que, a partir do aumento do quadro de profissionais poderia se atender às pacientes com internação prolongada, como as gestantes de risco e as pacientes oncológicas. Conforme afirmou uma assistente social na entrevista, com o aumento do número de bebês denominados “casos sociais” seria necessário ter mais terapeutas ocupacionais para realizar este cuidado na UCINCo. Os entrevistados também apontaram que um maior número de terapeutas ocupacionais ampliaria a colaboração deste profissional na ambiência da unidade neonatal, assim como a realização de alguns procedimentos, como a confecção de órteses para os neonatos.

Apesar destas percepções positivas acerca da contribuição do papel do terapeuta ocupacional, há que se destacar a existência de uma percepção fragmentada do seu trabalho, o aparecimento, por vezes, de certo estranhamento quanto a algumas de suas ações profissionais e a constatação dos mal-entendidos comumente encontrados em relação à profissão. Dentre estes, aparecem equívocos em relação ao uso da atividade em Terapia Ocupacional, visto como passatempo, e a compreensão do trabalho de maternagem e acolhimento do bebê, como fazer carinho e encantar bebês.

Se, por um lado havia um reconhecimento que validava a experiência do toque no bebê, por vezes, aparecia uma implícita desqualificação como se não fosse um trabalho profissional, para o qual necessitou-se de formação acadêmica. O que era difícil a esses profissionais perceberem é que, no conjunto destas intervenções, havia uma modulação de intensidade de estímulo, como o tom da voz e a qualidade do toque com intencionalidade. A complexidade implicada neste fazer não poderia ser reduzida a uma mera brincadeira e cantoria, ou explicada como uma simples ação de pegar o bebê que chorava no colo, como apenas ninar.

Comentários como estes soam como uma invalidação do profissional. Robertson e Finlay (2007) referem que um dos fatores de estresse relacionado ao trabalho experimentado por terapeutas ocupacionais em suas relações com a equipe multiprofissional em hospitais ocorre quando seu papel profissional não é percebido pelos outros membros, o que pode levá-los a se sentirem subestimados e frustrados com esta falta de reconhecimento.

Mesmo apesar dos esforços dos terapeutas ocupacionais explicarem suas ações no hospital, no sentido de garantir maior visibilidade e reconhecimento profissional, há limites particulares da compreensão de seu papel.

Os procedimentos de avaliação e as intervenções do terapeuta ocupacional são frequentemente de baixa tecnologia e de baixo custo e por vezes, pouco notados por aqueles que os recebem. A complexidade, dificuldade e desafio para uma prática elegante da Terapia Ocupacional estão *escondidas na mente* destes profissionais (Yerxa, 2000⁹). Os anos de estudo e prática reflexiva completados pelo terapeuta, a pesquisa e a crítica da evidência que o terapeuta tem realizado e a consideração do terapeuta sobre essa pessoa fazendo essa ocupação nesse momento do tempo e do espaço, são *invisíveis* para o mundo exterior. Ao contrário, o que pode ser visto é o terapeuta ensinando uma pessoa a entrar e sair do chuveiro de modo seguro, ou o terapeuta cuidadosamente observando a pessoa cozinhando seu café da manhã, ou o terapeuta engajado no jogo de pega-pega com uma criança. É fácil para os pacientes e outros verem quando uma pessoa recebe uma medicação ou tem uma cirurgia, há um efeito imediato, enquanto que o efeito da terapia ocupacional pode, frequentemente aparecer muito menos dramático e, geralmente, muito menos imediato (Wilding e Whiteford, 2007, p. 185, grifos das autoras).

Retoma-se nesse sentido, as dificuldades de compreensão do papel de um profissional cujo foco são as atividades e os cotidianos dos sujeitos. Indo além, em diálogo com o que é proposto por Lima (2003), ao assumir um compromisso ético-político com as pessoas sob seu cuidado, a prática do terapeuta ocupacional ocorre, então:

na inversão da lógica disciplinar e produzindo caminhos que apontam para a direção oposta, afirmando o direito à diferença e encontrando positivamente, em formas de vida, as mais singulares e em situações, as mais adversas (...) produzindo solidariedade numa comunidade frágil e criando condições para a expressão de uma outra sensibilidade e de outras formas de se produzir práticas e conhecimentos (p. 65).

A construção do “trabalho vivo em ato” realizada pelo terapeuta ocupacional na UCINCo

O “trabalho vivo em ato”: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato

⁹ Yerxa EJ. 2002. Occupational Science: a renaissance of service to humankind through knowledge. Occupational Therapy International;7:87-98.

momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado (Merhy; Franco, 2009)

Produzir cuidado singularizado é um desafio se considerarmos o cotidiano de trabalho do terapeuta ocupacional em contextos hospitalares, que tem a característica de ser muito intenso. Uma unidade de internação possui configurações diversas durante a mesma semana, e até mesmo dentro de um período de 24 horas. Na UCINCo estudada, esta rotatividade também existia. Um paciente atendido poderia receber a alta depois de um ou dois dias. Por outro lado, em casos de neonatos que sofreram anóxia no parto, com instalação de sequelas graves, o bebê poderia permanecer por até dois anos.

Assim, o observado é que as decisões precisavam ser tomadas diariamente: qual criança se devia eleger para o atendimento em meio a uma demanda tão grande e com tão pouco tempo para se atender, já que cuidar de todos era um desejo impossível de se realizar. Depois, de certo de tempo de prática, a definição das prioridades do dia passou a não ser mais uma tarefa tão aprisionadora, e a alta rotatividade se mostrou estimulante pela possibilidade de se ter um cotidiano de trabalho dinâmico, pouco repetitivo e desafiador.

A escolha dos casos que seriam atendidos seguia alguns critérios como o tempo de permanência prolongado, porém havia dias em que estes bebês recebiam tantas intervenções, que era importante se priorizar aquelas que garantiam a sobrevivência do paciente. Esta experiência entra em consonância com o que Wilding e Whiteford (2007) apontam sobre a tomada das decisões de cuidado pelo terapeuta ocupacional. Estas ocorrem durante a interação com o neonato e são tomadas a partir de uma complexa integração de conhecimentos oriundos de múltiplas fontes, como o conhecimento teórico, as atualizações clínicas trazidas por outros estudos e as experiências profissionais anteriores.

Construir uma prática de Terapia Ocupacional que se mostra como o “trabalho vivo em ato” é pensá-la a partir do encontro entre o terapeuta ocupacional, o bebê internado na UCINCo e sua família. Esta prática com o bebê envolve, não apenas recursos técnicos, mas uma resposta corporal, sensorial e

intuitiva do terapeuta, que ocorre a partir da percepção sutil das necessidades do neonato, conforme a descrição oferecida acerca do atendimento.

A comunicação da terapeuta ocupacional com os bebês na UCINCo ocorria a partir de sua capacidade de traduzir os comportamentos do neonato. Mediante uma leitura dos sinais de conforto e desconforto era possível realizar ações de cuidado singulares junto a pacientes que se comunicavam com seu corpo e com o choro. Depois de um tempo de prática profissional, era possível apurar os sentidos e identificar se um bebê chorava por fome, dor, sono, irritação pelo calor ou tédio, ou perceber a melhor maneira de posicionar no leito alguns bebês que permaneciam internados por mais tempo. Esse conhecimento tácito, que se incorporava na ação cotidiana de cuidar, servia como uma linha condutora inicial para aproximação dos bebês com suas mães, que, por vezes, chegavam assustadas ao setor e com receio de tocar seu filho tão pequeno.

No trabalho realizado na UCINCo também era importante conhecer as questões clínicas do neonato internado, porque algumas delas implicavam na necessidade de se ter cuidados no toque corporal e/ou no posicionamento no leito, ou poderiam causar repercussões a curto, médio e longo prazos. Ao se deparar com um diagnóstico desconhecido, era importante compreender minimamente de que se tratava, porque parte das necessidades de cuidado dos bebês e das suas famílias poderia surgir em decorrência da notícia, como o pedido de uma explicação mais simples por parte dos pais.

A prática realizada junto ao bebê e a sua mãe demandava do terapeuta ocupacional a sua capacidade de escuta, de oferecimento de acolhimento e de favorecimento de vínculos afetivos. Portanto, no “trabalho vivo em ato”, o terapeuta ocupacional se utiliza de diversos recursos acumulados ao longo da experiência profissional.

Estas experiências remontam ao que Kinsella (2012) refere como o contínuum da reflexão. Assim, durante o ato de cuidar o profissional combina um conjunto de reflexões distintas que se sobrepõem umas com as outras a qualquer momento. Embora Kinsella as apresente de modo separado, elas devem ser vistas como interrelacionadas e imbricadas em uma práxis dialógica. Assim, o terapeuta ocupacional pode combinar o uso de uma “reflexão receptiva” (*receptive reflection*), que é intuitiva e se remete à conexão com o outro mediante

o uso de si, com uma “reflexão incorporada” (*embodied reflection*) que se refere a uma conexão com o outro por meio da ação, que implica em um “saber como” (*knowing-how*) e um “saber na ação” (*knowing-action*).

Um terceiro modo de reflexão que acontece no contínuum durante a prática profissional é a “reflexão intencional” (*intentional reflection*), que remete ao pensamento e se reflete na prática da experiência pessoal na evidência e na técnica. Trata-se de um “saber que” (*knowing-that*), o qual pode acontecer na forma de uma reflexão que, segundo Schön (1983; 1987, apud Kinsella, 2012) ocorre durante o cuidado (*reflection-in-action*) ou após terminada a intervenção (*reflection-on-action*). Uma quarta modalidade de reflexão, a que caracteriza este item do trabalho, é a “reflexividade” (*reflexivity*), que trata da reflexão que o profissional faz sobre a sua prática e se caracteriza por ser crítica e socialmente informada (Kinsella, 2012), tal como se pretendeu fazer com este processo reflexivo.

A realidade vivenciada pela terapeuta ocupacional-pesquisadora e a reflexão aqui produzida apontam para necessidade de um esforço acadêmico com vistas à construção de uma compreensão ampliada da Terapia Ocupacional em neonatologia. Entretanto, um modo de cuidar tão complexo como o desenvolvido pelo terapeuta ocupacional é difícil de ser explicado, o que requer a ampliação das pesquisas sobre o assunto, de modo a consolidação da área. Como afirmam Wilding e Whiteford (2007):

A falta de uma representação e promoção da profissão apropriadas podem ter sérias implicações para a Terapia Ocupacional. Por exemplo, ser incapaz de explicar a contribuição valiosa e singular que a terapia ocupacional faz para o cuidado em saúde pode significar que a Terapia Ocupacional seja insuficientemente posicionada para garantir que receba reconhecimento e remuneração apropriados dentro de um mercado de serviços de saúde crescentemente competitivo (Wilding e Whiteford, 2007, p. 185).

A consolidação da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares requer um esforço coletivo para o reconhecimento da importância do profissional no âmbito das políticas públicas e para o desenvolvimento de pesquisas e campanhas para o reconhecimento do seu papel profissional. Indo além, remete à necessidade de investimento dos coletivos de Terapia Ocupacional para juntar esforços no sentido da ampliação dos capitais social, cultural, econômico e simbólico do terapeuta ocupacional (Galheigo, 2009).

6.2. A ATENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL JUNTO A NEONATOS EM UMA UCINCo: PROPOSTA DE MODELO INTEGRATIVO EM DIÁLOGO COM TRÊS HISTÓRIAS DE COMPLEXIDADES DISTINTAS

Refletir sobre a atenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCo fora do contexto de trabalho realizado pela equipe e rede de atenção à saúde pode parecer inadequado ou insuficiente. Entretanto, como se pode constatar anteriormente nesta pesquisa, a Terapia Ocupacional necessita afirmar-se enquanto núcleo profissional no âmbito da atenção a neonatos hospitalizados, a partir dos princípios e diretrizes do SUS.

Neste item, será inicialmente apresentada uma proposta de atenção da Terapia Ocupacional com neonatos hospitalizados, com base em norteadores teóricos provenientes da Saúde Coletiva e a partir da revisão da literatura da área. Trata-se de um modelo integrativo para a atenção da Terapia Ocupacional com neonatos hospitalizados, a partir da integralidade e humanização do cuidado, que toma como base a leitura das necessidades dos usuários a partir de três eixos a saber: (i) o cuidado ao neonato hospitalizado, (ii) o trabalho junto à mãe e à família e, por fim, (iii) o trabalho com a rede de atenção à saúde.

Em seguida serão trazidas três histórias de bebês que expressam as demandas usuais para a atenção da Terapia Ocupacional na UCINCo e que implicam em ações com graus de complexidades distintas. Para cada um dos casos foram identificadas as necessidades de cuidado dos bebês e das famílias, que serviram de subsídio para a construção dos projetos terapêuticos singulares e da rede de cuidados de que cada bebê e família necessitam para que este possa ir para a sua casa no pós-alta hospitalar.

Portanto, para se atingir este efeito, o foco da atenção da discussão no PTS será a ação do terapeuta ocupacional, com a ressalva de que esta ação deve ser lida a partir da interação com os demais profissionais da saúde, no âmbito do trabalho na UCINCO e no contexto da rede de atenção à saúde. Na elaboração dos PTS serão observadas tanto dimensões singulares quando coletivas, acreditando, como Kinker (2016):

[Que estas] compõem um todo indissociável que compõem as cenas (...). Até porque as pessoas são compostas por multiplicidades, por sociedades inteiras. O projeto terapêutico singular dialoga com o projeto institucional dos serviços, esteja este explicitamente esboçado por seus atores ou simplesmente vivido por eles sem muita crítica (Kinker, 2016; p. 418).

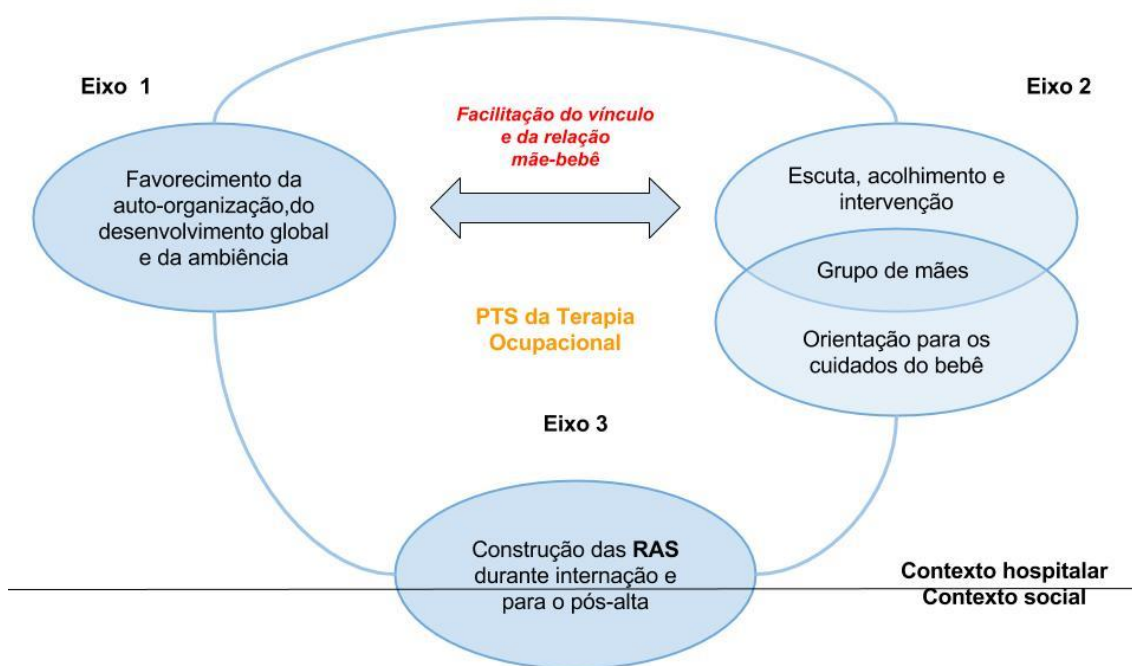
Ao final, serão comparadas as propostas de atenção aos neonatos estudados e realizada uma síntese sobre como seria a resposta às necessidades de cuidados, dentro da proposição do modelo integrativo.

6.2.1. Uma proposta de modelo integrativo de atenção da Terapia Ocupacional com neonatos hospitalizados em uma UCINCo, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado

O Estudo de Caso discute a insuficiência e inadequação da abordagem procedimento centrada para explicar a atenção da Terapia Ocupacional com neonatos hospitalizados, a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Explicar sobre o papel da Terapia Ocupacional em uma UCINCo - a organização do trabalho, seus modos de cuidar - implica no desafio de articular a singularidade e a complexidade das demandas encontradas no cotidiano. Para a Terapia Ocupacional afirmar sua atuação com neonatos hospitalizados pelo sistema de saúde é preciso articular os conhecimentos produzidos no núcleo da Terapia Ocupacional em neonatologia com aqueles provenientes dos aportes teóricos da Saúde Coletiva, de modo a se sistematizar a atenção da Terapia Ocupacional a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado.

Nesse sentido, esta pesquisa se propõe a sistematizar um modelo integrativo de atenção da Terapia Ocupacional na UCINCo, articulando três eixos: (i) a intervenção junto ao neonato; (ii) a intervenção junto à mãe/família/cuidadores; e (iii) a construção da rede de atenção à saúde (RAS)¹⁰. Nesta proposta, o PTS formulado pela Terapia Ocupacional é resultado da integração desses eixos de cuidado que acontecem na interface de dois contextos: o hospitalar e o social (Figura 9).

Figura 9: Proposta de atuação da Terapia Ocupacional em uma UCINCo: um modelo integrativo da Terapia Ocupacional junto a neonatos hospitalizados, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado



¹⁰As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como: "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (Brasil, 2010:5). A sua implementação aponta para melhoria na eficácia na produção de saúde, na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribuição para o avanço do processo de efetivação do SUS. Haveria, assim, a transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passaria pela construção permanente nos territórios, que permitiria conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (Brasil, 2010).

Neste modelo integrativo, o Eixo 1 se refere ao cuidado ao neonato internado na UCINCo. A atenção do terapeuta ocupacional ocorre, principalmente, para o favorecimento da auto-organização (Als, 1986; Meyerhof, 1994; 1996), promoção do desenvolvimento (Brazelton, 1981; 1988; 2002; Meyerhof, 1996; outros teóricos do desenvolvimento infantil) e promoção da ambiência (Brasil, 2001; 2002; 2011; 2013).

No Eixo 2 encontram-se as intervenções realizadas junto à família, que implica em ações variadas: oferecimento de escuta, acolhimento e intervenção direta com as mães ou cuidadores, tendo estes como foco do cuidado; capacitação para o cuidado do bebê (Dittz, 2009; Dittz et al., 2004; 2006; Joaquim, 2008; Joaquim et al., 2014; 2016); participação no oferecimento do Método Canguru (Brasil, 2002; 2011); oferecimento de grupo de mães e cuidadores e apoio para casas da gestante, puérpera e bebê (Dittz et al., 2004; 2008; 2011). Na intersecção do atendimento realizado às mães e familiares, o terapeuta ocupacional pode abordá-los enquanto foco do cuidado, isto é, com vistas à atenção de suas necessidades pessoais, ou enquanto mediadores do cuidado ao neonato. Assim, é importante destacar que o grupo de mães, pode oferecer ambas abordagens, isto é, de acolhimento e escuta de mães/família/cuidadores, quanto de capacitação para o cuidado do neonato (Dittz et al, 2004; 2009; 2011; Joaquim, 2008; Joaquim et al., 2014; 2016).

Entre os Eixos 1 e 2, cabe também ao terapeuta ocupacional oferecer ações com vistas ao favorecimento do vínculo afetivo mãe-bebê e bebê-família, entendendo que este é um processo de mão dupla, isto é, retroalimenta tanto aos bebês como às mães e familiares (Brazelton, 1981; 1988; Brazelton; Greenspan, 2002).

O Eixo 3, por sua vez, é compreendido como a construção das RAS que pode ocorrer durante a internação ou no preparo para a alta hospitalar. Ade acordo com a experiência na UCINCO aqui estudada pode-se identificar três possibilidades de construção de fluxos. O primeiro é o que se refere aos usuários sem maiores intercorrências e necessidades de cuidados especializados, no momento da alta, que são encaminhados diretamente à atenção básica, de

maneira rotineira pelo Programa Mãe Paulistana no município de São Paulo, sobre o qual o terapeuta ocupacional possui pouca influência.

O segundo fluxo pode resultar da necessidade de construção da rede para o favorecimento da atenção ainda no contexto hospitalar. Acontece principalmente quando as mães apresentam situações complexas de saúde e/ou de vulnerabilidade, individual, social ou programática, que possam ser adversas ao cuidado de seus filhos. Dentre estas situações, apontam-se as mães com adoecimento crônico, deficiência física ou intelectual, em sofrimento mental (com transtorno mental persistente ou usuárias de álcool e outras drogas), em situação de rua e/ou migrantes (por vezes, não documentadas). Pode ser necessário articular o cuidado mãe-bebê junto à referência do serviço do qual a mãe é usuária, com por exemplo, articulando o cuidado junto a rede de atenção psicossocial (RAPS). A construção da RAS começaria no contexto hospitalar, para garantir o direito de convívio familiar entre o bebê e a mãe, e continuaria no pós-alta, quando do retorno ao domicílio, evitando-se assim a notificação da situação para o judiciário com possível perda da guarda da criança e seu futuro encaminhamento para acolhimento familiar ou institucional. Nos casos de tramitação judicial, a construção da RAS deveria envolver a articulação multiprofissional e intersetorial e outros equipamentos da comunidade, como as organizações não-governamentais que atuam na região. O terapeuta ocupacional pode vir a participar de visita domiciliar com outros profissionais para conhecimento da moradia e das necessidades de apoio e adaptação, elaborando um relatório para o processo que será encaminhado à Vara da Infância e da Juventude, além de comparecer para depor, quando convocado pelo juiz de família.

O terceiro fluxo para a rede diz respeito ao encaminhamento no pós-alta para os serviços de reabilitação oferecidos pelo SUS e por Organizações Sociais Civis sem fins lucrativos para acompanhamento de neonatos configurados neste trabalho como tendo grau de complexidade de cuidado 4, isto é, com sequelas por anóxia neonatal, com malformação congênita ou síndromes genéticas, com casos que necessitam ou não de oxigenoterapia, monitoramento cardíaco, gastrostomia e/ou traqueostomia (Quadro 3). Em diálogo realizado com estudo proposto por Petrokas (2016), desde 2015, neonatos com necessidades de

cuidado complexas como os de grau 4, são considerados de alto risco e passaram a ser acompanhados pelos serviços de reabilitação (Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR e Centros Especializados de Reabilitação – CER). Alguns NIRs no município de São Paulo têm então passado por mudanças para implantação dos CERs, conforme preconizado pelo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2011e).

O terapeuta ocupacional pode colaborar nos processos de referência destes casos à rede, redigindo um relatório sobre os atendimentos realizados durante o período de internação hospitalar e se colocando à disposição para esclarecimentos. No caso dos neonatos de alto risco com necessidade de oxigenoterapia, alimentação por gastrostomia, por exemplo, o suporte à família e a construção da rede devem começar também durante à internação para se evitar o encaminhamento da criança a um hospital de retaguarda, iniciando-se assim o ciclo frequente de institucionalização da pessoa com deficiência que começa a ocorrer na infância, violando o direito da criança e da mãe, e do futuro adulto, ao convívio familiar.

Por fim, há que se mencionar que o modelo integrativo acontece na interface dos contextos hospitalar e social que interagem e determinam a relação equipe-usuários. O contexto hospitalar, com suas racionalidades e modos de funcionamento, compreende a UCINCo, com seus ambientes relacional e físico, onde ocorre as intervenções ao neonato e à sua família durante a internação.

O contexto social, por sua vez, é compreendido como os processos macro e micro sociais que interferem no território onde os sujeitos habitam. Este contexto diz respeito às políticas e aos serviços sociais e de saúde oferecidos pela rede e conquistados individual e/ou coletivamente. Neste cenário também se expressam os diferentes níveis de vulnerabilidade pessoal, social e de saúde, e programática (Ayres et al., 2003; 2004; 2014), que podem ser melhor compreendidos pela matriz analítica da vulnerabilidade da criança diante de situações adversas em seu desenvolvimento, elaborada por Silva et al. (2013).

Marcos conceituais do modelo integrativo

Os marcos conceituais deste modelo integrativo são as necessidades, de cuidado, a integralidade e o cuidado humanizado. Os marcos conceituais apresentados neste item se referem ao que, no modelo integrativo, foi descrito como contexto hospitalar.

No modelo integrativo de atenção da Terapia Ocupacional com neonatos hospitalizados na UCINCo, aqui proposto, o atendimento do bebê e da sua família deve ocorrer a partir da leitura das necessidades de cuidado, guiada pela taxonomia operacional de necessidades de saúde de Cecílio e Matsumoto (2006). A partir desta leitura é possível se construir um projeto terapêutico singular da Terapia Ocupacional, com o oferecimento de diferentes tecnologias de cuidado, das quais o neonato, sua mãe e família necessitem; utilizadas, como diz Mattos (2006), de maneira prudente.

A integração entre os três eixos sugeridos tem como base a discussão da integralidade do cuidado *no e a partir do hospital*, produzida por Cecílio e Merhy (2003), e da integralidade focalizada e ampliada, proposta por Cecílio (2009). O modelo integrativo pressupõe, deste modo, que se a integralidade no hospital deve ser promovida a partir da integração dos múltiplos cuidados oferecidos pela equipe multiprofissional, por meio da articulação do cuidado oferecido e pelo desenvolvimento de práticas colaborativas (Peduzzi, 2010).

O modelo também de baseia nestes autores para a discussão acerca da construção da rede de serviços, que se dá a partir do hospital, seja para melhorar o cuidado ao neonato e às mães/famíliaes durante a internação hospitalar ou para o pós-alta. Há que se destacar que o modelo deve estar de acordo com as recomendações e atualizações sobre a construção das redes de atenção à saúde (RAS¹¹), propostas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

O modelo integrativo se propõe a tomar como base a humanização do cuidado, tal como proposta pela Política Nacional de Humanização (Brasil,

¹¹ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010:5). A sua implementação aponta para melhoria na eficácia na produção de saúde, na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribuição para o avanço do processo de efetivação do SUS. Haveria, assim, a transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passaria pela construção permanente nos territórios, que permitiria conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (Brasil, 2010).

2004), que pressupõe o oferecimento de uma nova cultura de atendimento, por meio da ampliação da comunicação entre os diversos atores e o oferecimento de uma clínica ampliada (Brasil, 2009).

Do ponto de vista da atenção ao neonato hospitalizado existem aportes teórico-metodológicos variados, que são utilizados por terapeutas ocupacionais nacional e internacionalmente. Embora no Brasil diferentes teorias do desenvolvimento sirvam como referência para a atuação de terapeutas ocupacionais e, portanto, poderiam ser integradas neste modelo propostos, neste trabalho daremos ênfase à teoria a Teoria Síncrono-Ativa de Als (1986) e a Teoria do Desenvolvimento Infantil, de Brazelton (1985), que têm sido largamente utilizadas por terapeutas ocupacionais em unidades neonatais, conforme revisão integrativa da literatura.

A Teoria Síncrono-Ativa é o referencial teórico mais utilizado para compreensão do funcionamento do RN. Nesta teoria verifica-se que o organismo do RN funciona a partir do equilíbrio dinâmico entre cinco subsistemas de desenvolvimento e o ambiente, a saber: sistema autônomo, sistema motor, sistema de organização de estados, sistema de atenção e interação e o sistema regulador (Meyerhof, 1994; Mira; Bastías, 2006; Monteiro, 2007, Mouradian; Als, 1994).

A estabilidade da interação entre estes subsistemas de desenvolvimento permite ao neonato estabilidade homeostática e favorável à interação com o ambiente. Os sinais de sobrecarga sensorial (Blackburn, 1983) são indicativos sobre a disponibilidade deste neonato à interação. Eles se dividem em sinais de aproximação e de retração, que envolvem flutuações de cor de pele, tônus muscular e ritmo cardiorrespiratório, os quais podem ser percebidos através do comportamento do RN. Estes sinais fornecem informações sobre as necessidades de interação e oferecem indícios tanto para a intervenção individual realizada pelo terapeuta ocupacional quanto informações para orientar os pais na interação com seu bebê (Miller, Quinn-Hurst, 1994). Meyerhof (1996) verificou que a eficiente regulação dos estados comportamentais é também importante para o desenvolvimento do neonato.

Por sua vez, Brazelton e Greenspan (2002) discutem que os primeiros anos de vida são o período mais crítico e mais vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança, quando se iniciam as experiências de vida que servirão de ingrediente para o crescimento intelectual, emocional e moral do ser humano. Existem “necessidades mínimas” de cuidado a que todas as crianças têm direito desde a mais tenra idade e que não se encerram com a satisfação dos cuidados básicos de manutenção à vida (p. 12). As crianças necessitam da interação afetiva com o mundo, da qual a mãe/cuidador é o intermediário. Quando estes cuidados são providos ocorre desenvolvimento adequado da aprendizagem, linguagem, interação social, satisfação emocional e segurança. A criança também desenvolve autoconfiança e consegue estabelecer relações de confiança com outrem.

Em cada estágio de vida, é necessário que a criança passe por certas experiências para aprender a se relacionar, com a retaguarda de cuidadores que forneçam interações sustentadoras às crianças (Brazelton, 1981). A cada novo estágio de desenvolvimento, recrutam-se habilidades adquiridas nos estágios anteriores, resultando em conhecimentos acumulativos que servirão de repertório para a criança lidar com as relações humanas (Brazelton; Greenspan, 2002).

Os genitores/cuidadores possuem importante papel nestas aquisições fundamentais dos filhos, uma vez que intermedeiam a relação entre a cultura e o bebê. O adulto acolhe a criança, busca nomear sensações, oferecer conforto, continência ao bebê e sustentação emocional (Brazelton, 1981). Na ausência dos pais e outros familiares, a maternagem deve ser realizada pelos profissionais da equipe.

A partir de relacionamentos sustentadores a criança adquire segurança tanto para interagir com os estímulos ambientais quanto para permitir a aproximação de outras pessoas (Greenspan, 1999, apud Brazelton; Greenspan, 2002) ¹². Estas aquisições estão relacionadas com a *segurança e capacidade de ver, escutar e estar tranquila e a segurança emocional nos relacionamentos*. A

¹² Greenspan SI. Building Healthy Minds: The six experience that create intelligence and emotional growth in babies and young children. 1999. Cambridge, MA: Perseus Publishing.

primeira habilidade diz respeito à capacidade de a criança se manter tranquila e regulada ao mesmo tempo em que se mantém interessada e envolvida no ambiente. A segunda aquisição permitirá que o bebê futuramente seja capaz de ser afetuoso, confiante e ter intimidade com adultos e com seus pares. Este comportamento exerce influência positiva na aquisição de conceitos intelectuais e abstratos que crianças dominam em idades posteriores. A falta dessa segurança pode levar a criança a se isolar do mundo e a não realizar trocas saudáveis com as pessoas.

O terceiro aspecto a ser apontado é a *comunicação recíproca intencional sem palavras*, construída sobre os dois primeiros estágios. Nele, a criança se torna capaz de se focalizar nas pessoas e de relacionar-se, antes de poder se comunicar com elas, fazendo leitura de indícios (sinais não verbais). A capacidade para o diálogo se inicia entre o sexto e o décimo oitavo meses de vida. Crianças que puderem usar e entender a comunicação não verbal compreenderão fundamentos da interação humana e tenderão a se comunicar melhor, ser mais cooperativas e atentas na escola, ter maior facilidade em fazer amizades, captar indícios tácitos e compreender situações que poderiam confundir outras crianças (Greenspan; Lewis, 1999).

A intervenção do terapeuta ocupacional também ocorre no ambiente que envolve o neonato, tendo em vista que o contexto hospitalar pode apresentar estímulos ambientais excessivos (ruído, luminosidade) e não adequados para um recém-nascido (Anderson, 1986; Meyerhof, 1994). Isto corrobora com o entendimento sobre a importância de se criar um ambiente favorável para o desenvolvimento dos recém-nascidos. Este ambiente deve ser compreendido como o espaço vital em que ocorre a adaptação ao mundo, os procedimentos inerentes ao processo de hospitalização dos neonatos, a construção de vínculos afetivos e familiares e as trocas destes bebês com os estímulos provenientes deste meio.

A intervenção envolve tanto a inibição quanto a estimulação. O terapeuta deverá estruturar o ambiente de tal forma que o bebê consiga uma melhor auto-organização. Portanto, o objetivo da intervenção será tanto no sentido de promover o 'input' sensorial como a de proteger o bebê do excesso de estimulação, graduando os estímulos de acordo com o desenvolvimento adaptativo do neonato (Meyerhof, 1997, p. 207).

A exposição a estímulos ambientais nocivos se configura como fator de estresse tão importante quanto a experiência da dor. Especialmente na UTIN, há um elevado nível de estímulos sensoriais: muito ruído ambiental, a iluminação contínua e exorbitante e o excesso de manipulação causa interrupções repetidas dos seus ciclos de sono (Meyerhof, 1994). Os processos de humanização nas terapias intensivas trazem consigo uma grande preocupação com a dor neonatal (Dittz; Malloy-Diniz, 2006; Duarte et al., 2010). O oferecimento de tratamento adequado se associa a menores complicações durante a internação, menor estresse dos pais e do neonato e redução da mortalidade na UTIN. Diversos estudos são realizados para compreender o fenômeno e ajudar os profissionais a lidar com o problema (Barbosa; Valle, 2006; Cardoso et al., 2010; Rocha; Rossato, 2008).

Também deve fazer parte da intervenção do terapeuta ocupacional a confecção de órteses para bebês internados na UCINCo, haja vista que nem sempre as abordagens terapêuticas tradicionais utilizadas no tratamento de outras populações são adequadas para evitar deformidades progressivas em crianças prematuras e recém-nascidas. Conforme descrito na literatura, para que se modelem as órteses, é necessário que o terapeuta ocupacional tenha a formação técnica e o material adequado à faixa etária (Anderson; Anderson, 1988). Também é importante posicionar o neonato adequadamente no leito, no bebê-conforto e no carrinho, especialmente durante a internação hospitalar prolongada (Meyerhof, 1994; Monfort; Case-Smith, 1997; Monteiro, 2007).

Em relação à construção do vínculo afetivo entre bebês e seus pais, Brazelton (1988) estrutura o argumento a partir da teoria do apego de Bowlby (1969),¹³ apontando que, embora possa ocorrer um apaixonamento instantâneo dos pais pelo seu bebê, mas, “para que permaneça o amor é necessário haver um processo de aprendizagem, sobre o bebê e sobre si mesmos” (p. 23). Brazelton continua apontando que:

O apego e os cuidados parentais não são simplesmente temas relacionados aos cuidados, mas também sobre os processos de aprendizado sobre como lidar com a

¹³ Bowlby H. Attachment and Loss Series. Vol I. Nova Iorque: Basic Books, 1969.

cólera, frustração, o desejo de fugir do papel e, mesmo, de abandonar a criança. Aprender a viver com estes sentimentos e a olhar além deles à procura das simples, mas profundas recompensas da criação de seu filho – os sorrisos, os estágios desenvolvimentais – ensina os pais a terem um equilíbrio necessário (...). Se não existirem os sentimentos negativos de desapontamento, frustração e fracasso, os sentimentos de sucesso não seriam tão compensadores (p. 14)

Indo além, Brazelton (1988) refere que a gestação, então, poderia ser compreendida como um período preparatório para que esse apego ocorresse, uma vez que é possível pensá-la como o momento do desenvolvimento dos pais e da criança (Brazelton, 1988). Deste modo, a vivência da gestação poderia preparar os pais para que viesse à tona a disponibilidade para o cuidado de uma outra pessoa totalmente dependente do casal que, ao mesmo tempo, parece conhecida e que deverá ser “re-conhecida” após seu nascimento.

A maternagem ampliada oferecida no período entre a gestação e o puerpério seria recebida como o conforto de se ter alguém cuidando da própria mãe e se preocupando com ela (Braga, 2003; 2006), numa experimentação de dependência, de modo que seria possível proporcionar-lhe uma maior compreensão sobre a importância deste cuidado para o bebê, de ser cuidada por outrem para cuidar de seu bebê (Brazelton, 1988).

Do ponto de vista do desenvolvimento do cuidado à mãe/família do neonato, dentro do escopo da Terapia Ocupacional há referências consolidadas, como a atenção centrada na família, estudada por Dittz e seus colaboradores. De acordo com este referencial, a família é reconhecida por desempenhar um papel importante no cuidado do filho internado, sendo acolhidas as suas “preocupações, prioridades e recursos da família” (Holloway, 1994, p. 535). O apoio oferecido pela equipe multiprofissional para o desempenho do papel parental traz benefícios de uma parceria mútua que visa o bem-estar do bebê.

Como parte da intervenção junto à família, os grupos de acolhimento às mães de bebês internados na unidade neonatal oferecem um espaço de cuidado, identificação, expressão e compartilhamento (Alves et al., 2008; Duarte et al., 2013; Joaquim et al., 2014; 2016). Além dos aportes anteriormente citados, há um conjunto de referências utilizadas na terapia ocupacional brasileira que poderiam compor as valises tecnológicas dos terapeutas ocupacionais em uma UCINCo e que, dada a amplitude de seu escopo, não serão aqui detalhadas.

No que se refere ao contexto social, os macros conceituais dizem respeito ao acesso a direitos dos usuários. As experiências encontradas em UCINCo de hospitais públicos remetem a importantes condições de vulnerabilidade vivida por bebês, suas mães e famílias, marcos conceituais utilizados neste modelo integrativo.

Ayres (2014) define vulnerabilidade enquanto:

A busca de sínteses conceituais e diretrizes práticas para a transformação das dimensões comportamentais [ou pessoais], sociais e político-institucionais relacionadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos e grupos populacionais frente a um agravo à saúde e suas consequências indesejáveis (sofrimento, limitação e morte) (Ayres, 2014, p. 1).

A partir da compreensão destes fenômenos é possível se oferecer programas, projetos e serviços dirigidos para estas populações.

Como vulnerabilidade pessoal compreendem-se as questões orgânicas que cada sujeito vivencia na exposição às situações de risco. A dimensão social pode ser compreendida a partir do modo como a pessoa lida com a exposição aos fatores de risco em relação à família e aos grupos sociais de que faz parte. Por sua vez, a vulnerabilidade programática se relaciona ao conjunto de condições sociais muito desfavoráveis que levam à necessidade de se oferecer respostas institucionais para se lidar com este risco, isto é, a elaboração de programas e políticas dirigidas à população. Estes três componentes não são lineares e devem ser analisados simultaneamente (Ayres, 2014).

Dirigir o olhar para a vulnerabilidade permite a leitura das necessidades individuais dentro de um coletivo, universalizando as relações sociais e particularizando as questões individuais, oferecendo-se uma abordagem mais dirigida. Este olhar convoca para a politização o usuário, enquanto sujeito de direitos, e o trabalhador da saúde, para buscar a melhor via para combater a vulnerabilidade. Para se atingir este fim, é necessário que se conheça a população suscetível com a finalidade de se favorecer a capacidade de resposta às necessidades destes sujeitos. Os processos educativos implicados ocorrem no sentido de construção de saberes interdisciplinares, a partir de recursos investigativos, como o trabalho de campo, uma minuciosa revisão de literatura e reflexão sobre as ações de cuidado produzidas no núcleo e as práticas

compartilhadas. As respostas programáticas devem visar articulações intersetoriais de maneira que seja construída pelos técnicos e pelos usuários do serviço de saúde e se produza autonomia dos sujeitos sob cuidado. Deste modo, busca-se uma nova promoção da saúde somada às questões da vulnerabilidade, uma vez que se tratam de questões de causalidade complexa que necessitam de uma visão ampliada, imprimindo um caráter político nas ações em saúde com vistas a se obter uma resposta social com o emprego de recursos técnicos também mais eficazes para diminuir a vulnerabilidade extrema (Ayres, 2014).

Por sua vez, a matriz analítica da vulnerabilidade da criança delineada por Silva et al. (2013) propõe a análise destas questões a partir da contextualização das necessidades de cuidado infantis. Na dimensão pessoal, nomeada como individual, os autores remetem “às relações sustentadoras contínuas e proteção física e segurança”; a social é relativa “à inserção social da família e ao acesso a direitos de proteção e promoção social”; e a programática, ocorre no cenário político-programático, de diretrizes e implementações dos programas às populações (Silva et al., 2013, p. 1397). Este instrumento conceitual propõe uma leitura complexa dos processos de saúde-doença, de maneira que seja possível às equipes de saúde discutir o planejamento e a gestão do cuidado para a construção de planos de intervenção com vistas ao desenvolvimento infantil.

6.2.2. Três histórias: um diálogo sobre as necessidades, projetos terapêuticos e ações da Terapia Ocupacional em uma perspectiva de cuidado humanizado e integral

6.2.2.1. Daniel: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico

A história de Daniel

Daniel é o primeiro filho de pais jovens, Denise e Rafael, nasceu pré-termo tardio, com cerca de 3000g. Ao nascimento houve dificuldades no parto e foram necessárias medidas de reanimação neonatal devido ao desconforto respiratório precoce, mas Daniel se recuperou bem. Conforme preconizado em OMS (1996) e em Brasil (1992; 2000; 2011b; 2014), pode realizar o contato pele a pele com

a mãe nos 30 primeiros minutos de vida, tendo ficado em alojamento conjunto com sua mãe (Brasil, 2011b).

A gravidez de Denise não foi planejada e ocorreu na troca de método contraceptivo. Embora tenha ido a duas consultas com médicos do convênio, de fato, não realizou o acompanhamento pré-natal necessário. Entre a 36^a e a 37^a semanas teve duas internações hospitalares para inibição do trabalho de parto. No dia em que teve a segunda alta, como permanecia com dores, passou na UBS próxima à sua casa para saber onde poderia receber atendimento na rede pública, uma vez que não confiava na resolutividade da rede suplementar. Foi indicado que fosse ao HMLMB e, ao dar entrada no pronto atendimento estava com oito dedos de dilatação. A bolsa foi rompida no ato e o parto normal com episiotomia ocorreu no centro obstétrico. Seu esposo, Rafael, teve assegurado o direito de poder acompanhar Denise durante todos os procedimentos (Brasil, 2005; 2008; 2014).

Após um dia no alojamento conjunto, Daniel desenvolveu icterícia e precisou subir para a UCINCo para fazer fototerapia. Ele costumava estar sonolento durante a maior parte do tempo e sua mãe precisava acordá-lo para amamentá-lo no seio. Denise teve alta do puerpério, mas Daniel necessitou permanecer internado. Seus pais vinham visitá-lo diariamente, chegavam de manhã às 9h e iam embora depois das 18h. Neste período, Denise ficava ao lado do berço realizava a troca de fraldas e amamentava Daniel. Nos intervalos entre as mamadas, Denise ia ao banco de leite humano (BLH) do hospital para estocar o leite necessário para as mamadas da noite e da madrugada.

A avaliação de Daniel pela Terapia Ocupacional ocorreu quando ele saiu da fototerapia e foi para o berço comum. Neste dia, Daniel estava alerta sem choro e disponível para contato. Rastreava visualmente a face humana, interessava-se pela voz amistosa. Conseguia adormecer depois da alimentação e despertava com choro, que cessava com mudança de decúbito e assim, conseguia se auto-organizar antes de ser pego no colo e posicionado para a amamentação ou para a troca de fralda.

No dia em que receberia a alta hospitalar, começou a apresentar taquipneia e gemência. Os exames revelaram que ele havia sofrido um pneumotórax, necessitando ficar na UTIN. Devido ao quadro clínico, Daniel passou a ser alimentado por sonda nasogástrica (SNG) e, como Denise possuía grande volume de produção láctea, acabou tornando-se doadora no BLH enquanto seu bebê estava internado na UTIN. Seus pais continuaram a vir diariamente para visita-lo e permaneciam um tempo menor junto do bebê. Rafael dizia que era porque o clima da UTIN era estressante e o ambiente era ruidoso demais, e ele queria preservar um pouco Denise, que não havia feito repouso para recuperação do pós-parto.

Depois de 15 dias na UTIN com reversão do quadro e estabilização, Daniel foi novamente transferido para a UCINCo. Apenas em uso de acesso venoso, em berço comum, pode finalmente ser alimentado em seio materno por livre demanda (SMLD), como preconizado na literatura (Brasil, 1992; 2008; 2014), e ter contato mais próximo com os seus pais, os quais puderam vivenciar outros cuidados de que Daniel necessitava, além de esclarecer suas dúvidas com a equipe multiprofissional. A UCINCo deste hospital enfrentava um surto de infecção hospitalar e a visita dos avós estava suspensa temporariamente. Denise e Rafael antecipavam questões sobre como seria a rotina de cuidados de Daniel em casa e manifestavam que teriam retaguarda familiar. A internação hospitalar foi o momento em que puderam esclarecer estas dúvidas e compartilhar as expectativas em relação ao pós-alta.

A alta hospitalar ocorreu com 30 dias de vida. Daniel foi encaminhado para a mesma UBS que referenciou a ida de Denise e Rafael para a maternidade e teve um retorno no ambulatório de Terapia Ocupacional no HMLMB, após uma semana. Foi sugerido à Denise que também se matriculasse nesta UBS para realizar o acompanhamento do puerpério e o planejamento familiar.

Necessidades de cuidado e projeto terapêutico singular para Daniel e sua família

Daniel e sua família representam um caso com necessidade de cuidados sociais e de saúde pouco complexos e com demanda para um projeto

terapêutico singular típico da maioria dos casos com curta internação na UCINCo. Nestes casos de menor complexidade, a depender das intercorrências, o bebê permanece internado por cerca de três dias, dando-se prioridade à orientação familiar com vistas à sua alta. Assim, um projeto terapêutico singular para Daniel implica no oferecimento de algum cuidado individual, alguma orientação familiar e referência para a atenção básica. No âmbito institucional, tal projeto não necessita de maiores pactuações em equipe, ou seja, Daniel não necessita de um atendimento focalizado, que demande intervenções mais frequentes, complexas e de longo prazo. Seus pais estavam sempre presentes para oferecer a maternagem necessária. Assim, o cuidado de Daniel, no plano institucional, apenas requer o estabelecimento de metas de curto prazo e da promoção de uma ambiência adequada, que devem ser oferecidos pela UCINCo, ao desenvolver uma atenção baseada na humanização e na integralidade.

Na medida em que Daniel apresentava uma boa auto-organização e desenvolvimento compatível com sua idade, a atuação do terapeuta ocupacional junto ao bebê pode ser mais ocasional no sentido de avaliar, promover e orientar os pais no sentido do desenvolvimento global.

A orientação familiar para os pais de Daniel implicaria em explicar a rotina diária do bebê (dúvidas em relação à amamentação, orientações para as AVDs do bebê, regulação do ciclo circadiano, contato pele a pele, estimulação para o desenvolvimento, orientação quanto ao uso de brinquedos nesta faixa etária, posicionamento no berço e no carrinho) e ajudar os pais na ampliação do seu repertório de cuidados, principalmente por também serem pais jovens, e Daniel ser o primeiro filho tanto de Denise quanto de Rafael. Ademais, há que se considerar que o casal, na alta do bebê, contava com a retaguarda dos avós para os cuidados em domicílio. Denise mostrava um bom vínculo com o seu bebê e, embora não houvesse necessidade de trabalho mais intensivo nesse âmbito, indicar-se-ia o método Canguru para esta família (Brasil, 2002; 2007).

Este método, como é sabido, possibilitaria que Denise e Rafael se apropriassem dos cuidados de Daniel durante o alojamento tardio, uma vez que tiveram o convívio de apenas um dia no alojamento conjunto, a partir de uma experiência afetiva do cotidiano de cuidados do bebê (Pilotto; Vargens; Proglantl,

2009) enquanto estes pais pudessem contar com o apoio da equipe da UCINCo, que acolheria os sentimentos despertados nesta vivência, esclarecendo-lhes suas dúvidas e instrumentalizando-os para o cuidado de seu filho no pós-alta.

Em relação ao trabalho em equipe e o que seria esperado da rede de cuidados, observou-se que ambas se aproximavam das rotinas do trabalho-padrão para os casos de curta internação, os quais podem ser dimensionados dentro do próprio serviço, por não demandarem um projeto terapêutico mais articulado de assistência pós-alta. Daniel deveria, portanto, ser encaminhado para acompanhamento na UBS e para retorno com o pneumologista, devido à complicação que prolongou seu período de internação.

Tendo em vista o cuidado em neonatologia baseado em uma perspectiva do cuidado humanizado e integral, deveria se supor um trabalho multiprofissional integrado ou com ações interprofissionais que oferecessem a integralidade focalizada, defendido por Cecílio (2006), ou a integralidade no hospital, enquanto síntese de cuidados, como proposto por Cecílio e Merhy (2003).

No plano da ambiência¹⁴, espera-se que a UCINCo cumpra as orientações de diminuição dos ruídos negativos, como conversas altas, música, batida da tampa da lata do lixo, toque de telefone e evitar impacto de pranchetas na incubadora. Em relação ao controle de luminosidade, deve haver diferenciação entre noite e dia e modulação da claridade quando não houver procedimentos, cobrindo a parte superior da incubadora com um paninho escuro, por exemplo. A localização dos berços ou das incubadoras também é um fator de ambiência importante, devendo ser mantida certa distância de janelas, locais de passagem ou de intensa atividade, como pias e corredores, com distância entre os leitos para permitir a circulação no ambiente. Em relação à humanização do espaço da UCINCo, é importante permitir que os pais deixem objetos trazidos junto ao leito, desde que seja possível higienizá-los para se evitar o risco de contaminação, além de se oferecer estímulos visuais positivos, como o uso de

¹⁴ A promoção da ambiência deve ser uma das ações compartilhadas pela equipe multiprofissional da UCINCo; entretanto, ela compõe com prioridade, o escopo da ação do terapeuta ocupacional.

brinquedos trazidos pelos pais ou fornecidos pelo hospital (Meyerhof, 1994; 1996; 1997).

6.2.2.2. Lúcio: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico

A história de Lúcio

Lúcio nasceu prematuro limítrofe, pequeno para a idade gestacional, por parto normal, sem malformações congênitas aparentes ou suspeita de síndromes genéticas. Ele é o sexto filho de Júlia, que não tem a guarda de nenhum de seus outros filhos. Os três primeiros moram com as famílias dos respectivos pais das crianças e os outros dois com sua mãe, dona Maria. A avó do bebê mora em um barraco construído em terreno invadido por ocupação junto com mais dois filhos seus, um adolescente de 16 e uma outra criança de oito anos.

Júlia tem 24 anos, é usuária de cocaína, maconha e álcool desde a adolescência e sua primeira gestação foi com 16 anos de idade, tendo o parto ocorrido nesta mesma maternidade. Quando Lúcio nasceu, sua mãe estava em situação de rua fazendo uso de crack, tendo sido trazida à maternidade pelo SAMU sem documento de identidade. Nascida no Estado do Ceará, mudou-se para São Paulo junto com a mãe e os irmãos menores aos 13 anos de idade, quando iniciou o uso de drogas e, ao engravidar aos 16, abandonou os estudos.

Lúcio não permaneceu com sua mãe na sala de parto e nem no alojamento conjunto, porque foi encaminhado para a UCINCo por tocotraumatismo e apresentava risco infeccioso por sua mãe não ter feito o pré-natal. Este bebê se encontrava intoxicado pelo uso materno recente de drogas, o que o tornou hipoativo nos primeiros dois dias de vida. Mãe e bebê pouco

conviveram na maternidade, uma vez que Júlia, no pós-parto, também se encontrava apática e confusa, não podendo ficar em alojamento conjunto com seu filho. Lúcio permaneceu internado na UCINCo em antibioticoterapia, sem contato com Júlia, que evadiu do hospital antes de receber a alta e nunca mais voltou para visitar o seu bebê.

Lúcio foi avaliado pela terapeuta ocupacional com três dias de vida, quando começava a apresentar sinais de síndrome de abstinência. Na ocasião, apresentava um choro intenso de difícil consolo, que não cessava ao ser acolhido no colo. Quando um adulto aproximava sua mão à boca, a agitação psicomotora era significativa, que não conseguia manter a sucção não-nutritiva, como costuma ocorrer com os outros bebês nascidos com a mesma idade gestacional, e se acalmar. Cochilava por pouco tempo, mas seu sono não se aprofundava. Assim, Lúcio mostrava-se muito irritado, com o tônus muscular global levemente aumentado, tendo ficado disfônico de tanto chorar. Foi necessário que o neonatologista prescrevesse uma leve sedação medicamentosa para que Lúcio pudesse adormecer. Passou também a ser alimentado com mamadeira, uma vez que não era amamentado em seio materno nem tinha bom aproveitamento da dieta oferecida no copinho¹⁵.

No período final da abstinência, o comportamento de Lúcio teve algumas alterações, especialmente em relação ao ciclo de sono e vigília. Conseguia dormir sem a medicação para sedação e despertava espontaneamente nos horários próximos às mamadas. Ele apresentava um padrão compulsivo de sucção não nutritiva, observado tipicamente nos bebês com exposição ao uso de substâncias psicoativas. Isto é, sugava excessivamente sua mão para conseguir se acalmar.

Essa necessidade compulsiva de sugar também interferia na sua alimentação. Devido a essa avidez, este bebê ora mamava rápido demais, sem realizar as pausas respiratórias adequadamente e engasgava muitas vezes, ora tinha pouco aproveitamento da dieta, deixando escapar o leite pelos cantos da boca. Por vezes, mesmo após receber o volume de leite prescrito, começava a

¹⁵ Em um hospital com selo IHAC não se pode usar bicos artificiais sem justificativa e prescrição médica.

chorar intensamente e não cessava enquanto não recebesse o complemento. Em consequência, regurgitava o leite, repetidamente, tinha choros explosivos e súbitos com hiperextensão cervical; apresentava dificuldade de ganho ponderal e de manutenção equilibrada da auto-organização. Ao ser diagnosticado com refluxo gastresofágico, passou a tomar uma medicação que agia como protetor gástrico, o que permitiu que ele conseguisse ser alimentado e diminuísse a dor que o levava a ter esses choros irritadiços.

Com a imunidade diminuída, este bebê acabou contraindo infecções oportunistas que também prorrogaram o seu tempo de internação. Lúcio não recebia visita de familiares nem nos fins de semana e era cuidado exclusivamente pela equipe da UCINCo, que realizava a maternagem substitutiva.

Após 57 dias de internação, Lucio recebeu a alta hospitalar. Dona Maria, sua avó materna, afirmando seu desejo de ficar com o neto, e obtendo a guarda temporária desta criança, vai buscá-lo na maternidade. Ela chega acompanhada por um homem nigeriano que, embora pouco se assemelhasse ao menino, registrou-o como filho, tendo dona Maria afirmado que este lhe garantiria uma pensão. Quando da alta, a orientação padrão de cuidados ao lactente foi oferecida pela enfermagem e pelo serviço de nutrição. Como Lúcio não apresentava maiores demandas de cuidados de saúde, a não ser a de um neonato típico, embora tenha vivido uma internação hospitalar prolongada e tenha nascido prematuro limítrofe, foi encaminhado para a UBS de referência para acompanhamento.

Júlia, que havia verbalizado interesse em realizar a laqueadura como método contraceptivo definitivo, por não retornar à consulta em ambulatorial agendada, perdeu a vaga no programa de planejamento familiar. Ela continuou em situação de rua, fazendo uso de substâncias psicoativas e teve duas outras gestações nos dois anos seguintes. Um dos bebês, nascido na mesma maternidade, filho de outro relacionamento, após a alta hospitalar foi encaminhado a uma instituição de acolhimento, e mais tarde, à adoção. Na outra gestação, Júlia chegou a dar entrada no pronto atendimento desta maternidade, mas se evadiu e o parto do bebê ocorreu em outro hospital.

Necessidades de cuidado e projeto terapêutico singular para Lúcio e sua família

Lúcio e sua família representam um caso com necessidade de cuidados sociais e de saúde mais complexos e com demanda para um projeto terapêutico singular, o qual requer a construção de trabalho em rede no âmbito da saúde e de articulação intersetorial, já que envolve também o setor da assistência social. Sendo o HMLMB um hospital maternidade situado na região central de São Paulo, próximo a locais de grande consumo de álcool e outras drogas, o hospital se tornou referência para estes casos no município, formalmente denominado pela Secretaria de Estado da Saúde, daí o frequente encaminhamento de casos como o de Júlia para este hospital.

Embora a maior parte dos bebês filhos de mães usuárias de álcool e outras drogas permaneça internado, em média, por dez dias, alguns, como no caso de Lúcio que ficou 57 dias internado, podem ter uma internação mais prolongada, devido a múltiplas intercorrências clínicas ou a tramitações judiciais. O fato de Júlia ter se evadido do hospital aponta para a necessidade de um trabalho conjunto com a rede de atenção psicossocial e com a assistência social, de modo a que se tente resgatar a relação mãe-bebê e/ou família-bebê. Enquanto esse processo se encaminha, a UCINCo, além de realizar os cuidados para a melhora das condições de saúde do bebê, deve promover a maternagem substitutiva, entendendo que, na falta da mãe e de seus familiares, alguns membros da equipe necessitariam substituir a função materna, na internação de Lúcio.

Assim, o projeto terapêutico singular para Lúcio implica em cuidado multiprofissional, individual e constante, favorecimento do vínculo mãe-bebê/família-bebê, além do seu encaminhamento para a unidade básica de saúde ou para a assistência secundária. No âmbito institucional, tal projeto necessita de pactuações em equipe, já que Lúcio necessita de atendimento focalizado, que demanda intervenções frequentes, complexas e de longo prazo. O cuidado de Lúcio, no plano institucional, requer o estabelecimento de metas de curto e médio prazos e, como dito no caso anterior, da promoção de uma ambiência adequada,

que devem ser oferecidos pela UCINCo, ao desenvolver uma atenção baseada na humanização e na integralidade.

Júlia, sua mãe, também necessita de um PTS pactuado pela rede de serviços em saúde, que inclua a sua recuperação no puerpério, seu acompanhamento por uma equipe de saúde mental e o favorecimento da relação mãe-bebê, se possível ou se por ela desejada.

Lúcio, assim como os demais bebês filhos de mães usuárias de álcool e outras drogas, que não realizaram pré-natal, foi submetido à antibioticoterapia, observação clínica do período de transição entre a intoxicação e a abstinência ao uso materno de substâncias psicoativas. A atuação do terapeuta ocupacional junto a Lúcio visa promover sua auto-organização, facilitar a adequação do ciclo circadiano e favorecer o seu desenvolvimento global. Na ausência materna, o terapeuta ocupacional é um dos profissionais que pode realizar a maternagem substitutiva ou capacitar algum membro da família realizar a maternagem ampliada¹⁶.

Os processos de construção do vínculo afetivo entre mãe e bebê vão depender da resolutividade das ações da rede. Dentro das possibilidades, o Método Canguru seria um método facilitador para promover este vínculo. Na medida em que se conseguisse a aproximação de Lúcio com Júlia, ou com dona Maria, a orientação seria oferecida no sentido de que os cuidadores imediatos se apropriassem do cuidado do bebê no sentido de acalantar a inquietude de Lúcio, a qual ainda vai se mostrar presente em outras fases da vida, ampliando os repertórios de cuidado da mãe e da avó.

A história de Lúcio ilustra como um bebê pode requerer intervenção direta de maior intensidade e frequência, especialmente quando entra na fase de

¹⁶ A maternagem ampliada pode ser definida como o cuidado realizado por pessoas de confiança da gestante/puérpera que oferecem apoio aos pais do bebê durante a internação na unidade neonatal ou no retorno ao lar com o filho. Costumam participar deste cuidado familiares ou pessoas próximas que tenham disponibilidade, como os avós do bebê, sem que haja essa obrigatoriedade, assim como é possível haver rearranjos entre vizinhas e amigas. A importância desta função é que, recebendo cuidados de outras pessoas, estes pais possam vivenciar a solidariedade no cuidado do novo membro da família (Braga, 2003).

abstinência, fato agravado por não poder contar com a assistência materna presente.

Este caso também remete à intervenção da equipe em relação à necessidade de cuidado de Júlia, em busca da sua adesão ao cuidado de Lúcio, o que implicaria em estratégias de articulação da rede desde o início de sua internação hospitalar, ainda no pronto atendimento da maternidade. Se houvesse uma rede de apoio materno, essa mãe poderia não ter abandonado este bebê.

Além da necessidade de construção da vinculação da mãe com seu bebê, essa rede protegeria esta mãe, promovendo o seu cuidado no puerpério, de maneira que ela pudesse permanecer no hospital por escolha própria. A interconsulta psiquiátrica solicitada a outro serviço permitiria que Júlia também pudesse, pelo menos durante a sua internação, realizar a transição da fase de intoxicação para a abstinência de maneira cuidadosa e segura, de modo que não se colocaria sua saúde em risco, talvez evitando que ela se evadisse antes de se recuperar do parto. Deste modo, seriam providos recursos e apoio para que esta mãe pudesse se aproximar do seu filho e se apropriasse do cuidado de si mesma e de que seu bebê recém-nascido necessita.

Algumas estratégias que poderiam ser criadas para ampliar a sua disponibilidade interna para criar um vínculo afetivo com seu bebê e um vínculo de confiança com a equipe seria a construção conjunta de um projeto terapêutico singular para Júlia, paralelamente ao de Lúcio, uma vez que ambos demandam cuidados específicos da equipe multiprofissional, com pontos de intersecção que pudessem aproximar mãe e bebê. A internação na UCINCa seria um processo intermediário da internação de Lúcio. O método Canguru seria, neste contexto, um caminho viável, na medida em que se favoreceria o estreitamento desta relação pelo convívio (Brasil, 2002; 2011a). Nesta permanência, Júlia poderia ser incentivada a amamentar Lúcio ao seio, oferecendo-lhe nutrição, imunidade e aconchego (Brasil, 1992; 2000; 2004; 2008; 2011a; 2011b), ao mesmo tempo em que esta mãe se sentiria responsável pelo cuidado do seu bebê e experimentaria com ele uma intimidade que talvez não tenha havido durante a gravidez.

Na medida da sua permanência na UCINCa, poder-se-ia oferecer grupos de Terapia Ocupacional que permitiriam também à Júlia vivenciar a maternidade com apoio em um espaço com recursos tecnológicos, que serviriam de arcabouço para uma experiência criativa, que favoreça a escuta, acolhimento, vínculo e protagonismo materno (Brasil, 2004b; 2004c).

Neste grupo, a possibilidade de confeccionar objetos criativos para seu filho, como será descrito adiante, possibilita uma gradativa construção do afeto, dedicação para com seu filho, ao mesmo tempo que permite à Júlia sair do seu papel de usuária de drogas para o de mãe de Lúcio, e o compartilhamento com outras mulheres, de trocas interpessoais (Tedesco, 1997).

Gradativamente, com o aumento de sua adesão ao projeto, bem como a adesão de sua família, seria possível realizar orientações maternas sobre o cuidado de seu filho, sobre a estimulação do seu desenvolvimento global e também sobre a realização do autocuidado e das AVDs de Lúcio. Na UCINCa, Júlia teria contato com outras mães com seus bebês e o suporte da equipe multiprofissional que necessitasse. Haveria também a possibilidade de se realizarem grupos com as mães e pais, com diferentes profissionais, em um espaço de compartilhamentos, novas identificações e com possível continuidade de suporte e apoio entre pares no pós-alta, no retorno ao ambiente da comunidade. Os grupos espontâneos surgidos durante a internação também se caracterizam como uma rede de apoio social entre as mães, como pessoas que vivenciaram a mesma situação estressante de filhos internados na UTIN, por exemplo (Braga, 2006).

A permanência na UCINCa seria também uma oportunidade de reaproximação de outros membros da família, de convidar dona Maria ou outra pessoa próxima em quem Júlia confiasse para exercer a maternagem ampliada (Brasil, 2002; 2011a). De acordo Sarti (2009), o nascimento do bebê é um momento de resgate de vínculos familiares ou a formação de novos vínculos, de construção de redes de apoio por afinidade, não apenas por consanguinidade, especialmente nos casos de migrantes de outros Estados. Esta seria uma estratégia para ajudar a avó a construir a rede social de Lúcio e de Júlia.

Nos horários de visita, dona Maria poderia trazer os outros irmãos para conhecer Lúcio, com o apoio e o acompanhamento da equipe multiprofissional, de maneira que pudessem se aproximar do novo membro da família. O pai da criança também poderia se aproximar mais do bebê, uma vez que seria mais uma pessoa para apoiar o seu cuidado. A presença da família ampliada é incentivada no Método Canguru (Brasil, 2002; 2011a).

No momento da alta hospitalar, Lúcio seria acompanhado na UBS e Júlia teria a possibilidade de realizar o planejamento familiar, tratar da dependência química no CAPSad mais próximo ao bairro onde reside, além de ser inserida nos programas de apoio sociais.

6.2.2.3. João: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico

A história de João

João nasceu a termo, pequeno para a idade gestacional, por parto cesáreo, com quatro circulares de cordão no pescoço e estava imerso em líquido amniótico meconial espesso. Na sala de parto foi aspirado, intubado, necessitou de manobras de reanimação e medicação, apresentando desconforto respiratório pós-asfíxico. Encaminhado para a UTIN, evoluiu de modo extremamente grave e instável. Com quatro horas de vida, apresentou convulsões que o levaram ao uso contínuo de anticonvulsivantes. Foi extubado pela primeira vez com sucesso com 56 dias de vida, transferido ao UCINCo, quando foram iniciados os atendimentos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

João apresenta diversas sequelas sistêmicas. No ultrassom de transfontanelas (USTF) realizado ao terceiro mês de vida, observou-se alargamento de terceiro ventrículo. Ele recebia a dieta por sonda nasoenteral (SNE) devido à disfagia severa não responsiva ao tratamento fonoaudiológico; tinha risco constante de microbroncoaspiração e apresentava-se subnutrido por conta do desgaste metabólico e aporte calórico inadequado. Devido ao padrão espástico severo, evoluiu com contraturas musculares que, aos poucos, se

tornaram deformidades. Frequentemente se desorganizava com os espasmos musculares, com o desconforto respiratório e, por vezes, ao chorar, entrava em padrão opistótono.

Este menino teve diversos episódios de broncoespasmo e quatro pneumonias, que o levaram a idas e vindas à UTIN, com necessidade de intubação orotraqueal. Devido ao tempo de internação prolongado, sua pele muito pálida estava colonizada por micro-organismos resistentes próprios do ambiente hospitalar.

João faz parte de uma família com mais sete irmãos que não o conheceram enquanto permaneceu na maternidade. Sua mãe, Antônia, tem 35 anos, é casada e não realizou o pré-natal desta gestação. Eles moram em uma casa própria com oito cômodos num bairro da periferia de São Paulo. O pai de João tem uma loja de autopeças e sua mãe cuida da casa, dos outros filhos e ainda faz contato com os clientes. Embora o casal venha diariamente à noite para ver João no hospital, apenas a mãe sobe à UCINCo para visitá-lo. O pai disse uma vez a uma funcionária que só entraria no berçário quando João tivesse a alta hospitalar e fosse levá-lo para casa.

Uma vez por semana, Antônia vinha ao hospital mais cedo, no período da tarde, para receber notícias médicas e ia logo embora porque precisava buscar os outros filhos na escola. Apesar de ter um carro à sua disposição e verbalizasse sua vontade em dirigir, o que lhe ajudaria a se deslocar com os filhos pelo bairro, referia muito medo de aprender a guiar e dirigir perto de casa devido à violência do bairro em que mora. Assim, para visitar João ou levar os outros irmãos para o médico, dependia da ajuda de algum cunhado, quando o esposo não estava disponível.

Antes de João completar um ano de vida, observava-se nas visitas que Antônia demonstrava afeto por seu filho, embora fosse perceptível a dificuldade para se apegar a ele. Embora sentasse na cadeira ao lado do seu leito, segurasse João no colo e com ele conversasse, Antônia o fazia por um curto intervalo de tempo. Ela não oferecia outros cuidados como alimentar seu bebê pela sonda ou trocar as fraldas, por exemplo. Parecia ser um gostar genuíno,

porém frágil, que sustentava por muito pouco tempo a experiência de aconchego do bebê. João parecia reconhecer sua mãe e se agitava quando chegava a hora de ela ir embora. Às vezes, esse momento de aconchego no colo materno terminava ainda antes, caso ele regurgitasse um pouco de leite, começasse a tossir ou iniciasse um choro “sem sentido”, a que se chama de choro neurológico. Antônia limpava a secreção com o paninho que estivesse próximo, com paciência e cuidado, mas, em seguida, colocava João na cama e ficava olhando o filho de longe, imersa em seus pensamentos. Antes da cirurgia, João tinha seus sinais vitais constantemente monitorados e permanecia com oxímetro preso ao pé.

Assim, por sua delicada situação de saúde, João necessitou de duas cirurgias: uma gastrostomia e uma traqueostomia, que foram realizadas no mesmo dia no centro cirúrgico do próprio hospital maternidade quando ele tinha 14 meses de vida. As cirurgias haviam sido canceladas anteriormente por três vezes: uma por piora respiratória e consequente pneumonia, uma porque não havia anestesista no hospital e outra, por falta do material adequado para a realização das duas cirurgias. O diagnóstico de disfagia severa estava estabelecido, com a impossibilidade de ser alimentado pela boca e já apresentava várias deformidades instaladas em membros superiores (MmSs), tronco e membros inferiores (MmIi). Os ombros estavam hiperextendidos pelo tempo em que estava acamado em decúbito dorsal, os membros superiores em rotação interna, os punhos fletidos em desvio ulnar, polegares aduzidos e os pés iniciavam posição de hiperextensão.

No período pós-operatório, João apresentava piora do quadro respiratório, ficando secretivo e taquipneico, a cada vez que a sua medicação deixava de ser oferecida devido à dificuldade ou demora de sua obtenção pela maternidade, já que não fazia parte dos medicamentos padronizados na mesma.

Mesmo com o passar do tempo, a dinâmica da visita familiar não se modificou. Apenas Antônia continuava a subir para a UCINCo para receber notícias médicas sobre João, buscar as roupas do filho para lavar em casa, uma vez que as roupas fornecidas pela maternidade eram reduzidas para seu tamanho. Portanto, o vínculo familiar com a criança permanecia frágil. As

relações afetivas mais sustentadoras de João continuaram a ocorrer com os profissionais da equipe que realizavam atendimentos diários ao menino.

Depois de se recuperar da cirurgia, João permaneceu internado na maternidade até completar 2 anos e meio, quando conseguiu a vaga para transferência para um hospital de retaguarda para pacientes crônicos localizado na Grande São Paulo. Após a traqueostomia, João deixou de ficar dependente de oxigênio, necessitando de nebulização esporadicamente. Em consequência, já podia descer ao piso térreo em um carrinho de bebê adaptado, dentro das possibilidades tecnológicas do hospital, para dar uma volta no estacionamento do hospital e tomar sol. Antônia chegou a cogitar a construção de um quarto para João em casa, mas o pai rejeitava intensamente a ideia.

No momento da alta, João, com 2 anos e meio, estava com a medicação adequada, apresentava paralisia cerebral grave, quadriplegia espástica com deformidades permanentes, sem controle cervical, de tronco e sem coordenação motora. Segundo Bobath (S/D), a quadriplegia espástica se caracteriza pelo comprometimento de todo o corpo, com acentuada assimetria, incapacidade de controle cervical, coordenação visuomotora ausente, frequente dificuldade para se alimentar e se comunicar. A hipertonia é permanente e varia de acordo com o estado geral da criança: quanto maior sua gravidade, mais será fixada em padrões espásticos. Uma criança com quadriplegia não consegue rolar da posição supina para ficar deitada de lado e nem de supina para prona; os ombros e a coluna vertebral podem ficar fletidos, assim como os quadris e joelhos. Com este padrão físico, é possível que esta criança desenvolva uma escoliose e/ou cifo escoliose, deformidades em flexão dos quadris e dos joelhos, e subluxação articular do quadril, geralmente unilateral.

João se comunicava pelo olhar e reagia corporalmente, mostrando-se incomodado com o choro de outros neonatos enquanto estavam no mesmo box que ele. As situações em que mais se apresentava relaxado eram após o banho, quando estava passeando de carrinho pelo corredor da UCINCo e ao fim das sessões de Terapia Ocupacional. Sua história de longa permanência na maternidade causou mobilização afetiva da equipe, especialmente a de enfermagem, que costumava trazer roupas e brinquedos de presente para ele.

Necessidades de cuidado e projeto terapêutico singular para João e sua família

João e sua família representam um caso com necessidade de cuidados de saúde, durante a internação e no pós-alta, complexos e com demanda para projetos terapêuticos singulares ao longo de sua vida, experiência comum aos bebês nascidos com alguma malformação ou com deficiências adquiridas no momento do parto. Nestes casos de maior complexidade, o bebê permanece internado por vários meses e são priorizadas: a alimentação com segurança, com o volume suficiente ao aporte calórico necessário ao seu desenvolvimento; o desmame de oxigênio e a estimulação para o desenvolvimento global de acordo com suas possibilidades, o que resulta em atendimentos constantes que compõem uma intensa agenda de cuidados. Na impossibilidade de ser alimentado por via oral e na recorrência de quadros respiratórios importantes, o bebê pode ser encaminhado para procedimentos cirúrgicos, como foi o caso de João, a partir da autorização dos seus pais.

Decorrido o período de convalescência da cirurgia, os genitores e mais uma pessoa de confiança da família, que serão os adultos responsáveis pelos cuidados domiciliares, são orientados para os cuidados cotidianos da criança. Estes adultos são capacitados para realizar a administração das medicações de modo correto, a higienização e cuidados com a gastrostomia e a traqueostomia, aspiração de vias aéreas superiores e nebulização de oxigênio, manejo de equipos, preparação e oferecimento da dieta. Entretanto, esta fase do cuidado não ocorreu com João, uma vez que os pais alegavam não possuir condições e levá-lo para casa.

Assim, um projeto terapêutico singular para João implica no oferecimento de intensivo cuidado individual, orientação familiar e referência para a rede de atenção a pessoas com deficiência. No âmbito institucional, este projeto necessita de pactuações em equipe, como um protocolo de acompanhamento compartilhado, ou seja, João necessita de atendimentos multiprofissionais focalizados, frequentes, complexos e de longo prazo de seguimento. Entretanto, alguns desses atendimentos podem ser oferecidos de modo compartilhado, em

uma ação de caráter interprofissional. Devido à longa permanência na UCINCo, a adequação do ambiente hospitalar também se torna uma questão a ser considerada constantemente.

Na medida em que João apresentava uma auto-organização bastante precária nos primeiros meses de vida e, vivendo diversas intercorrências respiratórias durante a internação, seu desenvolvimento global era compatível com o de um bebê que sofrera asfixia neonatal grave. Embora a atuação do terapeuta ocupacional junto a este bebê possa ser diária, durante os primeiros meses de vida existem momentos em que os atendimentos multiprofissionais devem ser realizados por prioridade vital. Na vigência de uma infecção, a energia do neonato está dirigida para combater a infecção, procedimentos de estimulação estão suspensos e uma das prioridades da equipe deve ser promover seu conforto.

O atendimento prestado a João possui características do atendimento a neonato com deficiência hospitalizado por longo período (além de sete dias), necessitando de confecção de órteses de termoplástico que acompanhem o seu crescimento, de posicionamento adequado ao leito, para que o lactente esteja confortável e seguro, de modo que o cuidador imediato possa realizar o cuidado confortavelmente. Considerando a longa permanência de casos como o de João, há necessidade de transferência do berço da maternidade para o berço pediátrico, que é mais amplo e possui regulagem de altura e grades mais altas para evitar o risco de quedas durante a agitação psicomotora. Para a prevenção de escaras e de deformidades, há necessidade de ser utilizado um colchão caixa de ovo e rolinhos de posicionamento no berço. Há também necessidade da produção de uma ambiência adequada, como por exemplo, o uso de móveis coloridos suspensos na cabeceira do leito, além do oferecimento de brinquedos coloridos, macios, sonoros e que sejam laváveis, para que possam ser deixados no leito. Estes objetos devem ser higienizados segundo o protocolo de prevenção e controle de infecção hospitalar da Terapia Ocupacional (Cotting; Matsuo, 2006).

A ambiência e a frequência de atendimentos também devem ser consideradas nos períodos de isolamento do bebê. Casos como o de João, com internação prolongada, são isolados periodicamente em resposta à

contaminação frequente que sofrem por micro-organismos resistentes a antibióticos hospitalares, que, embora não lhes façam mal, podem afetar os outros neonatos sem imunidade. Embora possam conviver com egressos da UTIN, a convivência com bebês pequenos que choram muito são um fator estressante que deve ser considerado na formulação do PTS.

A intervenção junto aos pais de João necessita de um trabalho integrado e colaborativo da equipe multiprofissional, como o oferecimento de um espaço de acolhimento e escuta qualificada, que permita um processo de elaboração de suas dificuldades na interação com o bebê. Um trabalho que possibilite à família entrar em contato com os limites e as potências de suas condições de vida, isto é, com as dificuldades concretas do cuidado de João, mas com uma melhor percepção de seus recursos próprios, materiais e pessoais, e daqueles oferecidos pela rede de atenção à pessoa com deficiência. Uma estratégia para possibilitar a construção da participação e da interação familiar seria também a de favorecer a visita periódica de irmãos maiores e de outros membros de sua rede social, que pudessem colaborar no cuidado da criança. Outra estratégia para a corresponsabilização do cuidado a João poderia ser a oferta de um atendimento grupal com outros pais de bebês com deficiência, de modo que pudessem compartilhar experiências e construção de estratégias de enfrentamento de sua condição.

Com relação à formação e à sustentação da rede de cuidados pós-alta, há que se considerar as dificuldades ainda presentes no oferecimento de serviços domiciliares, para casos graves, pela rede de atenção à criança com deficiência do município de São Paulo. Embora tenha sido publicada uma portaria de atendimento domiciliar pelo SUS (Brasil, 2011d; 2016b), sua implementação neste município ainda não aconteceu. A insuficiente oferta de atendimento domiciliar público para casos graves como o de João, acabam deixando as famílias a buscarem soluções por si próprias.

Para aquelas famílias que assumem para si o ônus do cuidado domiciliar, faz-se necessário redimensionar a divisão nas tarefas da casa, para se dar a atenção necessária aos outros filhos, bem como incorporar o cuidado cotidiano de uma criança com deficiência grave. Embora o hospital ofereça a capacitação

dos cuidados desta criança para a mãe e demais cuidadores - manejo dos equipos, aspiração, troca da fita de sustentação da traqueostomia, preparação da dieta a ser administrada pela gastrostomia, oferecimento de medicações, banho, troca de fraldas – há uma sobrecarga física e emocional, em geral da mãe, que não será acompanhada por serviços sociais e de saúde.

Para aquelas que se percebem sem recursos materiais e pessoais para lidar com uma condição tão extrema, resta tentar a obtenção deste recurso público via Ministério Público ou, ainda, solicitar a internação hospitalar de seu filho em um hospital de retaguarda como um único modelo de cuidado possível.

Síntese dos estudos de casos organizados nos três Eixos

No trabalho de campo foram apontados quatro níveis de complexidade distintos, que correspondem aos três casos estudados: Daniel, (grau 1), Lúcio (grau 2) e João (grau 4). O trabalho concebido para o cuidado de neonatos compreendidos como em terceiro grau de complexidade pode ser contemplado pelos demais casos, motivo pelo qual não foi apresentado um estudo de caso específico.

Daniel não demandou um projeto terapêutico singular diferenciado dos demais casos que lhes são semelhantes, já que suas necessidades se coadunavam com o que costuma ser oferecido rotineiramente na UCINCo. O desenvolvimento deste bebê era adequado para a sua idade (Eixo1) e possuía acompanhamento materno durante a internação (Eixo 2), com um vínculo afetivo saudável. Seus pais contavam com suporte familiar e seu acompanhamento pela rede de atenção à saúde (Eixo 3) estava assegurado pela atenção básica, como esperado.

Por sua vez, Lúcio demandava um PTS pactuado pela equipe. Em termos do trabalho realizado no Eixo 1, era um bebê que necessitava de maior observação pela Terapia Ocupacional devido às fases vividas desde a intoxicação até a abstinência, após exposição pré-natal às substâncias psicoativas. Lúcio necessitava de promoção do desenvolvimento global devido ao tempo de internação prolongado, motivado não por sua situação clínica, mas por questões sociais. Na ausência da mãe e de outros familiares no cotidiano da

internação (Eixo 2), a maternagem substitutiva se mostrava necessária, inclusive para promover o equilíbrio no Eixo 1. Afirmou-se também que, no âmbito dos Eixos 2 e 3, seriam necessárias ações de construção da rede desde o contexto hospitalar, para possibilitar a presença materna na UCINCo e o estabelecimento do vínculo mãe-bebê e para garantir o direito da criança e da mãe ao convívio familiar quando do retorno ao domicílio. Neste sentido, o trabalho no Eixo 2 ocorreria no sentido de envolver sua mãe, Júlia, no grupo de mães e oferecer orientações sobre o cuidado do bebê. Sua avó poderia também ser incluída com vistas à preparação para realizar a maternagem ampliada.

Ainda em relação ao Eixo 3, seria importante que houvesse articulação mais efetiva entre o HMLMB com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que atende a pessoas em sofrimento mental e com envolvimento no uso de álcool e outras drogas, articulando os serviços de referência para esta população.

O caso de João caso requer um PTS pactuado pela equipe devido ao alto grau de complexidade necessário ao seu cuidado individual. As questões pertinentes ao Eixo 1 demandam acompanhamento durante toda a sua internação hospitalar e fazem parte do seu cotidiano. Observa-se a necessidade de investimento no Eixo 2, acolhendo esta família para que possa fortalecer seus vínculos afetivos e se corresponsabilizar pelo cuidado da criança. Entretanto, é essencial a construção da rede de atenção à pessoa com deficiência (Eixo 3), para que a família pudesse se sentir amparada ainda durante a internação. A construção desta rede necessitaria ser fomentada para se evitar a perpetuação da institucionalização desta criança, no futuro, em um hospital de longa permanência.

Por fim, é importante destacar que a apresentação deste modelo integrativo ilustrado pelas histórias de Daniel, Lucio e João, teve como objetivo a realização de um exercício de se pensar a atenção da Terapia Ocupacional em uma UCINCO a partir da integralidade e da humanização do cuidado. Assim, este tópico pretende criar uma “imagem-objetivo” que possa ser utilizada por terapeutas ocupacionais quando de sua inserção em unidades neonatais. Sabemos, sem dúvida, que há limites reconhecidos para a implementação deste modelo integrativo. Entretanto, sonhar é preciso...

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estudo de Caso foi realizado, inicialmente, pela necessidade de fundamentar a prática do terapeuta ocupacional na UCINCo e ampliar o conjunto de saberes e práticas do núcleo da Terapia Ocupacional. A procura pelo mestrado se mostrou como uma oportunidade de diminuir a distância existente entre a academia e a clínica. Trazia a possibilidade de aprofundar os conhecimentos teórico-metodológicos, mas também exercitar a construção da teoria a partir do que ocorre no cotidiano de trabalho.

Foi desafiador encontrar os norteadores que possibilitassem contextualizar o atendimento da Terapia Ocupacional na UCINCo, a partir do que era preconizado no Sistema Único de Saúde. Embora trabalhasse em um hospital maternidade público, as práticas profissionais realizadas no cotidiano de trabalho pareciam ser pouco integradas e, por vezes, pouco afetadas pela humanização hospitalar.

A pesquisa mostrou as dificuldades da inserção da Terapia Ocupacional no hospital, dentre as quais, o número restrito de profissionais, o que leva ao sentimento de solidão, à necessidade de reafirmação constante sobre a importância do seu papel profissional para haver reconhecimento pelos gestores e pela equipe.

Dentre as proposições feitas neste estudo delineou-se um panorama sobre a produção teórico-metodológica da atuação da Terapia Ocupacional em

unidades neonatais. A revisão da literatura internacional apontou para uma produção quase que exclusivamente estadunidense, o que traz questões importantes sobre o trabalho da Terapia Ocupacional em neonatologia no mundo, que deveriam ser melhor investigadas. Por sua vez, a revisão nacional apontou para a necessidade de encorpar a produção em revistas indexadas, promovendo-se diálogos entre as práticas realizadas, o que enfatizaria o papel profissional do terapeuta ocupacional no atendimento a neonatos, suas mães e famílias na UCINCo.

O estranhamento da prática profissional se valeu como um exercício para a terapeuta ocupacional-pesquisadora perceber a sua prática profissional a partir do ponto de vista dos outros membros da equipe, ao mesmo tempo em que o processo junto ao trabalho de campo trouxe à tona inquietações a partir da tomada de consciência crítica. A leitura de novos referenciais teóricos permitiu embasar a prática profissional de outra maneira e as anotações sistemáticas do diário de campo permitiram, não apenas revelar o desconforto quase inominável vivenciado no cotidiano de trabalho, como identificar que se sentir um “peixe fora d’água” não era somente uma questão da terapeuta ocupacional-pesquisadora, mas também experimentado por outros terapeutas ocupacionais que atuavam em contextos hospitalares.

A construção do modelo integrativo possibilitou realizar uma síntese articulada entre a prática do trabalho na UCICo, os referenciais teórico-metodológicos estudados e a reflexão construída durante o percurso do mestrado. Este modelo foi proposto para trazer aportes teóricos para profissionais que buscam realizar práticas humanizadoras, em um campo de trabalho com escassez de formação específica e no qual se demandam cuidados tão complexos.

As limitações deste estudo ocorreram por ter sido realizado o estudo do campo de trabalho sobre a prática que a pesquisadora teve, o que pode trazer algum viés aos resultados. No entanto, foi possível se ilustrar sobre a realidade vivida com mais proximidade, o que poderia estar em consonância com o que outros terapeutas ocupacionais vivenciam em suas práticas profissionais. Ao mesmo tempo, este trabalho foi construído almejando-se que tivesse

ressonância com outros profissionais que sejam comprometidos com a construção da reflexão sobre a vulnerabilidade, de maneira que se ofereça escuta e acolhimento para os sujeitos que, na prática profissional, fomentam estas reflexões. A partir destes encontros com profissionais e os usuários dos serviços de saúde, seria possível construir novas estratégias de prevenção e de cuidado singulares.

É conhecida a dificuldade de se realizar cuidados tão complexos dentro de unidades neonatais, ainda mais não se tendo cursos de especialização no cuidado de neonatos hospitalizados disponíveis. Entretanto, dentro das possibilidades de um estudo exploratório, reflexivo e crítico foi possível delinear um conjunto de saberes e práticas do núcleo profissional da terapia ocupacional, com a proposição de se pensar em construção de práticas diferentes. Porém, não se tratando de uma proposta apenas conceitual, desejou-se que este modelo integrativo provocasse a realização de novos estudos, fossem para sua implementação, aprofundamento da discussão, verificar sua sustentação ou mesmo para criticá-lo, além de fomentar outras práticas no mesmo campo.

Por fim há que novamente se ressaltar a necessidade de maior engajamento dos terapeutas ocupacionais nas associações de classe, e de seu empenho pela inclusão da Terapia Ocupacional nas portarias ministeriais relativas à neonatologia, enquanto serviços oferecidos pela equipe multiprofissional à beira do leito.

Anexo A: Declaração de anuência do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

Declaração de Anuência

Na qualidade de Diretor Técnico, respondendo pela(o) Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (autorizo/não autorizo) a participação da Instituição pela qual respondo como co-participante, no projeto de pesquisa intitulado "TERAPIA OCUPACIONAL E A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UMA UNIDADE NEONATAL".

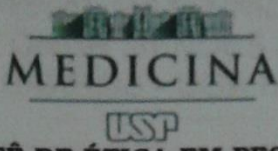
Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. =



"Assinatura e carimbo do responsável institucional"

Dr. Coríneo Mariani Neto
Diretor Técnico de Saúde III
UGA IV - Hospital Maternidade Leonor M. de Barros

Anexo B: Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina


MEDICINA
USP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

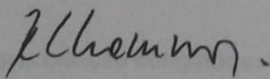
APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 11/09/2013, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **343/13** intitulado: **“TERAPIA OCUPACIONAL E A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UMA UNIDADE NEONATAL”** apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Sandra Maria Galheigo
Pesquisador (a) Executante: Catia Mari Matsuo

CEP-FMUSP, 17 de Setembro de 2013.



Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep_fm@usp.br

Anexo C: Carta aprovação Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (instituição coparticipante)

anexo III: Carta aprovação Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (instituição coparticipante)

**HOSPITAL MATERNIDADE
LEONOR MENDES DE
BARROS - UGA IV**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TERAPIA OCUPACIONAL E A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UMA UNIDADE NEONATAL

Pesquisador: Sandra Maria Galheigo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17822913.3.3001.0063

Instituição Proponente: FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 602.029-0

Data da Relatoria: 17/12/2013

Apresentação do Projeto:
Segundo a avaliação pelo colegiado do CEP, haviam pendências que eram

- incluir no termo de consentimento livre esclarecido, o endereço do CEP do HMLMB
- excluir os dados de identificação do sujeito pesquisa
- esclarecer quais as informações que serão utilizadas do diário reflexivo

Objetivo da Pesquisa:
não se aplica (relatado na primeira submissão)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
mínimo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
todas as pendências foram atendidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
adequado

Recomendações:
aprovação

Endereço: Av. Celso Garcia 2477
Bairro: Belenzinho **CEP:** 03.015-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11-)2292-4188 **Fax:** (11-)2693-4736 **E-mail:** cep.leonor@gmail.com

Página 01 de 01

Anexo D: Roteiros semiestruturados das entrevistas com profissionais da equipe multiprofissional e gestora

Roteiro de entrevista com profissionais do berçário

Data: _____
Iniciais do nome: _____
Formação profissional: _____
Pós-graduação: () Não () Sim. Área: _____
Tempo de formação: _____
Tempo de atuação no HMLMB: _____
Tempo de atuação em neonatologia: _____

Perguntas

Qual seu conhecimento acerca do trabalho realizado pelo terapeuta ocupacional na unidade neonatal?

Quais são os pacientes que você encaminha para o terapeuta ocupacional?

Roteiro de entrevista com a gestora

Data: _____
Iniciais do nome: _____
Formação profissional: _____
Pós-graduação: () Não () Sim. Área: _____
Tempo de formação: _____
Tempo de atuação no HMLMB: _____
Tempo de atuação em neonatologia: _____

Perguntas

Qual seu conhecimento acerca do trabalho realizado pelo terapeuta ocupacional na unidade neonatal?

Qual a necessidade de ter o terapeuta ocupacional na equipe multiprofissional do hospital maternidade?

Anexo E: Termo de consentimento livre e esclarecido aplicado à equipe multiprofissional

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: TERAPIA OCUPACIONAL E A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UMA UNIDADE NEONATAL

PESQUISADORA: Sandra Maria Galheigo

CARGO/FUNÇÃO: docente

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº256/TO– 3ª região

UNIDADE DO HCFMUSP: Faculdade de Medicina

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

DURAÇÃO DA PESQUISA: 18 meses

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “TERAPIA OCUPACIONAL E A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UMA UNIDADE NEONATAL”, que tem como objetivo **conhecer e refletir sobre o papel da Terapia Ocupacional no campo, a partir da perspectiva da humanização e da integralidade do cuidado**. Este é um estudo exploratório, descritivo e reflexivo baseado em uma abordagem qualitativa, em que será feito um estudo de caso sobre a intervenção da Terapia Ocupacional em berçário de cuidados intermediários uma unidade neonatal de um Hospital Maternidade no município de São Paulo. A pesquisa terá duração de 18 meses.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas realizadas sob forma de entrevista com duração de até 30 minutos. Esta entrevista será gravada para posterior transcrição e análise de sua temática sem que se faça qualquer juízo de valor ou exposição pessoal em relação às situações-problema que trazer. Em seguida as gravações serão destruídas.

Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Sua identidade será mantida em sigilo na análise e na apresentação dos resultados da pesquisa e sua imagem e dignidade e a de seu serviço não serão comprometidas de nenhuma forma.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição para a qual forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

O (a) Sr(a) não terá nenhum custo ou receberá quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será fornecer contribuições significativas para a compreensão dos desafios, tendências e dificuldades da prática profissional do terapeuta ocupacional na unidade de neonatologia. A pesquisadora responsável se compromete a socializar os resultados da pesquisa com a produção da dissertação de mestrado.

O Sr./Sra. poderá solicitar às pesquisadoras, todo e qualquer esclarecimento que for necessário, no decorrer do estudo. A principal investigadora é a Prof.^a Dr.^a Sandra

Maria Galheigo que pode ser encontrada no endereço Centro de Docência e Pesquisa, Rua Cipotânea 51, Cidade Universitária, Laboratório ACCALANTO, tel: (11) 3091-8435. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros – Av. Celso Garcia, 2477, Belenzinho, São Paulo, SP. Tel: (11) 2292-4188 – E-mail: cep.leonor@gmail.com.

Eu discuti com a Dr^a Sandra Maria Galheigo e com a pesquisadora Catia Mari Matsuo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Participo deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo para minha pessoa.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data: ____/____/____

Anexo F: Roteiro de Observação Sistemática do Campo

ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA E ANÁLISE DE PRONTUÁRIO				
Caracterização da clientela na UCINCo				
Grau de complexidade	Descrição do grau de complexidade	Tempo médio aproximado de internação	Nº aproximado na UCINCo/semana	Acompanhados pela TO/semana típica
1	Neonato com comprometimento leve e/ou transitório devido a transtornos no pré e no pós-parto			
2	Neonato com exposição ao uso de substância psicoativa materna			
3	Neonatos prematuros extremos, egressos da UTIN e/ou com peso de nascimento entre 1300g e 2000g			
4	Neonatos com sequelas por anóxia neonatal, com malformação congênita ou síndromes genéticas, com casos que necessitam ou não de oxigenoterapia, monitoramento cardíaco, gastrostomia e/ou traqueostomia			

Anexo G: Avaliação da Terapia Ocupacional na UCINCo do HMLMB

AVALIAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA UCINCo HMLMB

Data: _____

<p>RN de:</p> <p>Prontuário/ Chapa: _____ Data nascimento: ___/___/___ Sexo: Feminino () Masculino ()</p> <p>Encaminhado por:</p> <p>Motivo:</p> <p>Equipe de referência do caso: TO () Fisio () Fono () Psicologia () Serviço Social ()</p> <p>HD:</p>
<p>Dados Maternos</p> <p>Idade: _____ Fez pré-natal () Nº Consultas: ___ ___G ___P ___ A Amamentação prévia ()</p> <p>Condições de saúde:</p> <p>DHEG () Diabetes gestacional () Hipotireoidismo materno () Corticoide antenatal () Antibiótico Intraparto () Sd. HELLP ()</p> <p>Sd. Convulsiva () Depressão () Medicamentos () Quais?</p> <p>Tabagismo () Álcool () THC () Cocaína/crack () Inalantes ()</p> <p>Cardiotocografia: Tranquilizadora () Alterada ()</p> <p>Informações do Parto: Normal () Fórcepe () Cesáreo () Domiciliar ()</p> <p>Restrição de Crescimento Intrauterino () Centralização fetal () Dificuldade de extração () Acompanhante no parto ()</p> <p>Estimulação imediata ao seio () Mantido com a mãe () Se não, encaminhado CI () UTI ()</p> <p>Risco infeccioso () BR > 24h () Sem pré-natal () TPP s/ causa () Infecção materna sem tratamento ()</p> <p>Febre Materna () ITU recente () Strepto B () Fisometria () To() R () S () C() H () A () S ()</p> <p>Obs:</p>
<p>Dados do Recém-nascido</p> <p>Nome RN:</p> <p>CNS:</p> <p>Apgar: 1' () 5' () 10' () Não avaliado (parto domiciliar) ()</p> <p>RNT () RNPT () RNPós-T () IG: _____ Idade corrigida: _____</p> <p>Peso nascimento _____ BP () MBP () EBP () Comprimento _____ AIG () PIG () GIG ()</p> <p>Perímetro cefálico: _____ Adequado () Sugestivo microcefalia () macrocefalia () anencefalia () USG confirma? ()</p> <p>Aspectos físicos Tocotraumas () Fraturas () Malformações congênitas () Sd. Genéticas ()</p> <p>Reanimação no parto: Aspiração traqueal () O₂ inalatório () COT () Surfactante () ___ doses</p> <p>Quadros infecciosos: Antibioticoterapia por ___ dias Sepsis precoce () Sepsis tardia ()</p> <p>Questões respiratórias: Necessitou O₂ () Antibióticos () Broncodisplasia ()</p> <p>Icterícia () Fototerapia ()</p> <p>Hipoglicemia () Hipotireoidismo ()</p> <p>Questões hematológicas Anemia () Transfusão? () Incompatibilidade ABO () Plaquetopenia ()</p> <p>Questões neurológicas: Síndrome convulsiva () HIPV () grau ___ Anóxia neonatal ()</p> <p>US Crânio ___/___/___ Normal () Alterado ()</p> <p>Cardiopatias () Necessita cirurgia ()</p> <p>Outras medicações ()</p>
<p>Alimentação do RN: em jejum () SMLD () Copinho () Sonda Nasogástrica () Sonda orogástrica () Mamadeira ()</p>
<p>Método canguru parcial () integral ()</p>
<p>Limitações e restrições físicas: Nebulização () CPAP () SNG/SOG () Traqueostomia () Gastrostomia ()</p> <p>Bomba de infusão () Cateter venoso periférico ou superficial () Cateter venoso central ou profundo ()</p>

Recomendação médica (pós-operatório, trauma) () Oxímetro ()
Como os cuidadores lidam com limitações e restrições físicas do bebê?
Condições gerais do RN Leito: Berço comum () Berço aquecido () Isolette () Biliberço () Auto-organizado () Necessita ajuda para manter () Regulação de estados: Sono profundo () Sono leve () Sonolento () Alerta () Alerta com choro () Choro: Intenso () Difícil consolo () Patológico () Choramingo () Resmungo () Intervenção: Alinhamento do tronco () DV () DD () DL () Flexão cervical () Colo () SNN: com auxílio () espontânea () padrão compulsivo () Hiperfagia () Manobras para prontidão para procedimentos () Posicionamento movimentos peristálticos () HALvívio? () Mudança de estado vigil? () Sinais de retração () sinais de aproximação () Obs:
Avaliação do tônus muscular: Adequado () Hipertonia () Hipotonia () Tônus flutuante () Limitação de movimentos () Contraturas ()
Reflexos do RN Prensão palmar () Sucção () Procura () Moro () RTCA () Opistótono () Outros:
Aspectos sensoriais: Estimulação Visual () Rastrea com o olhar? () Fixa olhar? () Segue movimento? () Fez uso de O ₂ prolongado?() Fotocoagulação () Histórico familiar de deficiência visual () alteração visual () Estimulação Sonora () Busca origem do som? () Presta atenção() Alteração EOA () Alteração BERA () Histórico familiar de deficiência auditiva () Estimulação Tátil () Proprioceptiva () Labiríntica () Social () Desenvolvimento compatível com idade? () No que diferencia? Adaptações: Necessita de órteses, próteses, adaptações AVD () Necessita reabilitação pós-alta () Especialidades:
Cuidado materno/paterno/familiar Visitas genitores: Diárias () Regulares () Ausentes () RN fica desacompanhado c/ frequência () Genitores necessitam de incentivo aos cuidados do bebê () Solicitam equipe () Outro(s) familiares cuidador(es) imediato(s) () Necessita de outra pessoa para treinamento () Quem? Como os pais respondem às necessidades e solicitações do RN? Como é o repertório de cuidado da mãe? E do pai?
Questões de vulnerabilidade social Apoio familiar evidente () Caso encaminhado para a Vara da Infância e da Juventude () Moradia dos pais: fixa (cônjuge ou outros familiares) () abrigo () albergue/situação de rua () Histórico familiar/suspeita de negligência, abuso e violência doméstica () Privação afetiva ou ambiental () A criança e seus cuidadores necessitarão de apoio da rede social e de serviços de suporte () Encaminhamentos () Obs:
Considerações finais e cuidados necessários da Terapia Ocupacional Fatores de risco para desenvolvimento global? () Projeto terapêutico ocupacional: a) Programa de Estimulação Precoce () b) Promoção e facilitação da auto-organização do bebê () c) Acolhimento aos pais () Maternagem ampliada () d) Orientação aos pais: AVDs do bebê () Cotidiano hospitalar () Pós-alta () Ações junto à equipe multiprofissional: Referenciamento () Discussão de caso () Reunião multiprofissional com os pais () Apoio à rotina de cuidados do RN () Suporte à equipe () Obs:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (em ordem alfanumérica)

Als H. A Synactive Model of Neonatal Behavior Organization. Framework for assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for the support for infants and parents. In: The National Intensive Care Environment. Phys. Occ. Ter. Pediatrics. 1986;6:3.

Als H, McAnultry The newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): comprehensive care for preterm infants. *Curr Womens Health Rev.* 2011;(793):288-301.

Alves CO, Rodrigues RP, Dittz ES. Oficina de culinária: resgate da cotidianidade das mães acompanhantes de recém-nascidos de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *REME rev. min. Enferm.* 2008;12(1):127-30.

Anderson J. Sensory intervention with the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther.* 1986;40(1):19-26.

Anderson LJ, Anderson JM. Hand splinting for infants in the intensive care and special care nurseries. *Am J Occup Ther.* 1998;42(4):222-6.

Anzalone ME. Occupational therapy in neonatology: what is our ethical responsibility? *Am J Occup Ther.* 1994;48(6):563-6.

Arbaitman E. Terapia Ocupacional como agente facilitador na interação criança/família. In: Kudo et al. (orgs), *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria*, 2.ed. São Paulo: Sarvier, p. 204-22, 1994.

Avilés C. Terapia ocupacional en neonatología: una experiencia desde el sur. *Rev. chil. ter. Ocup.* 2010;(10):11-21.

Ayres JRCM; França Jr I; Calazans GJ; Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D; Freitas CM. (Orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade.* 2004;13(3):16-29.

Baldini SM, Krebs VLJ, organizadores. *Humanização em UTI pediátrica e neonatal. Estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe.* São Paulo: Atheneu, 2010.

Barbosa FS; Valle IN. Dor em recém-nascidos: avaliação e tratamento não farmacológico em UTI neonatal. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2006;5(2).

Barros DCC, Pereira EDA, Cavalcante MCV, Nunes MV, Marques PF, Fernandes RT, Lamy ZC. Utilização da posição canguru na unidade neonatal do Hospital Universitário Materno Infantil. *Rev Pesq Saúde.* 2010;11(2):44-8.

Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública nas políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005a;10(3):561-71.

Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2005b;9(17):389-406.

Bobath K. Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral. 2ed. São Paulo: Ed Manole, S/D.

Brady KT; Grice DE; Dustan L; Randall C. Gender differences in substance use disorders. *Addictive behaviors*. 1999;22:241-52.

Braga MC. Redes sociais de suporte para pais dos bebês internados na UTIN. Dissertação [mestrado]. IFF. Rio de Janeiro, 2006. 136p.

Braga NA, Morsh DS. Maternagem ampliada. In: Braga NA, Morsh DS (organizadores). Quando a vida começa diferente. O bebê e sua família na unidade neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 441, de 12 de maio de 2011. Atualiza e complementa a regulação da Resolução CNS nº 196/96 sobre pesquisas realizadas com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 2011c.

Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho. Decreto-lei. Decreto-lei nº 5452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Lex: coletânea de legislação. Edição Federal (São Paulo) 1943;7.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa nacional de saúde materno-infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, PAISM. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, PAISC. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Ministério da saúde, 1986. 29p. Relatório Técnico.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado, 1988.

Brasil. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. – (Série legislação; n. 83). Atualizada em 15/5/2012. ISBN 978-85-736-5984-9

Brasil. Casa Civil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Casa Civil, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas para implantação do sistema de Alojamento Conjunto em todas as unidades médico-assistenciais, integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Comitê Técnico de Humanização. Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). Série C. Projetos, Programa e Relatórios, nº 20. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método canguru: manual do curso. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Saúde da Criança. 1ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002a.

Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, para o período compreendido entre os anos 2004-2007. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS. A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoesf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar, PNAH. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004d

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004e.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: grupo de trabalho de humanização (GTH). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004e.

Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Casa Civil, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova as normas de orientação para a implantação do método canguru. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Humanização. Clínica

ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Grupo técnico de Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010a.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7647-B, de 2010. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método canguru: manual do curso. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Saúde da Criança. 2ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Casa Civil. Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF): Casa Civil, 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2011d.

Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília (DF): Casa Civil, 2011e.

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 e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF), 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3389, de 30 de dezembro de 2013. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que 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 e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013b.

Brasil. Parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Organização Pan-Americana da Saúde e Universidade Federal Fluminense. História da Saúde Pública no Brasil, um século de luta pelo direito à saúde (2013c). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=SP8FJc7YTa0>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Histórico do Ministério da Saúde: do Sanitarismo à Municipalização. S/D. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>.

Brazelton TB. Neonatal behavioral assessment scale. 2ed. Clinics in developmental medicine. 1984;(88);125p. London: Spastics International Medical Publications.

Brazelton TB. Bebês e mães. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Trad. Deise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças. Trad. Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Brum EHM; Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(2):457-67.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2305-16.

Cabral IV, Aguiar RCB. As políticas públicas de atenção à saúde da criança menos de cinco anos: um estudo bibliográfico. *R Enferm UERJ*. 2003;(11):285-91.

Campos CMS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2005;9(17):389-406.

Campos CMS, Bataieiro MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2007;11(23):605-18.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005;21(4):1260-68.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciê. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2000;5(2):2000.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-59.

Cardoso AS, Lima AM, Maximino VS, Specian CM. Estudo exploratório de dor em recém-nascidos pré-termos em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*. 2010;18(2):105-14.

Caretto V, Topolski KF, Linkous CM, Lowman DK, Murphy SM. Current parent education on infant feeding in the neonatal intensive care unit: the role of the occupational therapist. - *Am J OccupTher.* 2000;54(1):59-64.

Castro EK, Piccinini CA. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia*. 2004;9(1):89-99.

Cecilio LCO (2006). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos (org). 8ed. Rio de Janeiro: CEPESQ, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. 184p.

Cecilio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AF, Mattos RA (orgs.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p. ISBN:85-89737-29-2.

Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, 2003. In: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>.

Cotting P; Matsuo CM. Protocolo de controle e prevenção de infecção hospitalar do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. São Paulo: HMLMB, 2006.

Deslandes SF (org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 416p. (Coleção Criança, Mulher e Saúde)

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):7-14.

Dewire A, White D, Kanny E, Glass R. Education and training of occupational therapists for neonatal intensive care units. *Am J OccupTher.* 1996;50(7):486-94.

Dittz ES. A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. 147f. 2009. [Tese]. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Dittz ES, Madeira LM, Duarte ED. Alojamento materno: construindo uma estratégia de humanização da assistência. *REME – Rev. Min. Enf.* 2004;8(4):490-4.

- Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev. ter. ocup.* 2006;17(1):42-7.
- Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife.* 2008;8(1):75-81.
- Dittz ES, Sena RR, Motta JAC, Duarte ED. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. *Ciencia y Enfermeria XVII.* 2011;(1):45-55.
- Dittz ES, Malloy-Diniz LF. Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. *REME. Revista Mineira de Enfermagem.* 2006;(10):266-70.
- Drillien CM, Thomson AJM, Bargoyne K. Low birth weight children at early school age: a longitudinal study. *Developmental medicine and child neurology.* 1980;22:26-47.
- Dualib C. Acolhimento para familiares de dependentes: um olhar sistêmico no trabalho com famílias. In: Silveira DS; Moreira FG (organizadores). *Panorama atual de drogas e dependências.* São Paulo: Atheneu, 2006:261-5.
- Duarte ED, Dittz ES, Silva BCN, Rocha LLB. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. *Rev Rene.* 2013;14(3):630-8.
- Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Lopes AFC, Silva PM. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da Integralidade. *TextoContexto Enferm, Florianópolis.* 2012;21(4):870-8.
- Dudek-Shriber L. Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *Am J OccupTher.* 2004;58(5):509-20.
- Edwards MA, Millard P, Praskac LA, Wisniewski PA. Occupational therapy and early intervention: A family-centred approach. *Occupational Therapy International.* 2003;10(4):239-52.
- Egry EY, Oliveira MAC. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: *As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores.* Emiko Yoshikawa Egry (org). São Paulo: Dedone Editora, 2008.
- Farah MFS. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas, Florianópolis.* 2004;12(1):47-71.
- Farias KKR; Bezerra WC. Condições institucionais e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos.* 2016;24(2):235-46.
- Ferreira APA, Albuquerque RC, Rabelo ARM, Farias FC, Correia RCB, Gagliardo HGRG, Lima ACVMS. Comportamento visual e desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros no primeiro mês de vida. *RevBrasCresc e DesenvHum.* 2011; 21(2):335-43.
- Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde Sociedade.* 2005;14(3):111-8.

Figueiredo Neto MV, Silva PF, Rosa LCS, Cunha CLF, Santos RVSG. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande. 2010;(XIII)76. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781>.

Fonseca EL; Marcon SS. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(1):11-17.

Formiga CK, Pegrazzani ES, Silva FPS, Lima CD. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. *Paidéia*. 2004;14(29):301-11.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):30-5.

Franco MP. Terapia Ocupacional em neonatologia: a perspectiva de profissionais de unidades de neonatologia do Município de São Paulo. Trabalho de Conclusão de Residência, da Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1999;15(2):345-53.

Gaebler CP, Hanzlik JR. The effects of a prefeeding stimulation program on preterm infants. *Am J Occup Ther*. 1996;50(3):184-92.

Galheigo SM. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2003;14(3):104-9.

Galheigo SM. Domínios e temáticas no campo das práticas hospitalares em Terapia Ocupacional: uma revisão e literatura brasileira de 1990 a 2006. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2007;18(3):113-21.

Galheigo SM. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar no hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008;19(1):20-8.

Galheigo SM, Angeli AAC. Terapia Ocupacional e o cuidado integral a saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008;19(3):137-43.

Galheigo SM. Relatório de atividades do projeto de pesquisa: Práticas hospitalares em Terapia Ocupacional: um estudo da consolidação do campo da Terapia Ocupacional Hospitalar no Estado de São Paulo (2006-2008). Edital MCT/CNPq 02/2006 - Universal. Processo nº 473769/2006-9. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

Galheigo SM, Tessuto LAA. Trajetórias, percepções e inquietações de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo no âmbito das práticas da terapia ocupacional no hospital. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2010;(21)1:23-32.

Gibbs D, Boshoff K, Lane A. Understanding parenting occupations in neonatal intensive care: Application of the person-environment-occupation model. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(2):55-63.

Gibbs D; Boshoff K; Stanley MJ. The acquisition of parenting occupations in neonatal intensive care: a preliminary perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2016;83(2):91-102.

Gil AC. (1987). Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. 8ª reimpressão. São Paulo: Ed. Atlas, 2006.

Gil AC. Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2009.

Gonçalo CS, Castro CM, Bonon MM, Morra PMR, Dahdal AB, Batista JC, Hirayama MS, Peres SMP, Barros NF. Planejamento e execução de revisões sistemáticas da literatura. *Brasília med*. 2012;49(2):104-10.

Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):757-62.

Gorga D. Occupational therapy treatment practices with infants in early intervention. *Am J OccupTher*. 1989;43(11):731-6.

Gorga D. The evolution of occupational therapy practice for infants in the neonatal intensive care unit. *Am J OccupTher*. 1994;48(6):487-9.

Griffin SD; McConnell D. Australian Occupational Therapy practice in acute care settings. *Occupational Therapy International*. 2001;8(3):184-97.

Gurgel EPP; Rolim KMC. A primeira visita da mãe à unidade de terapia intensiva neonatal: o acolhimento como promoção do cuidado humano. *Rev. RENE, Fortaleza*. 2005;6(2):63-71.

Hecht B; Silva RFP. Crianças institucionalizadas: a construção psíquica a partir da privação do vínculo materno. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia. 2009. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em:<www.psicologia.com.pt>.

Heller A. Teoria de las necesidades en Marx. Barcelona: Península,1974.

HMLMB. Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. 2016. Disponível em: <<https://leonoracontece.wordpress.com/hmlmb/>>.

Holloway E. Parent and occupational therapist collaboration in the neonatal intensive care unit. *Am J OccupTher*. 1994;48(6):535-8.

Hunter J, Mullen J, Dallas, DV. Medical considerations and practice guidelines for the neonatal occupational therapist. *Am J OccupTher*. 1994;48(6):546-60.

Hyde AS, Jonkey BW. Developing competency in the neonatal intensive care unit: a hospital training program. *Am J OccupTher*. 1994;48(6):539-45.

Joaquim RHVT. Capacitação de mães de bebês pré-termo como agentes de promoção do desenvolvimento no ambiente hospitalar. [Doutorado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2008.

Joaquim RHVT. Capacitação de mães de bebês pré-termo como agentes de promoção do desenvolvimento no ambiente hospitalar. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2008; 6(1):59-60.

Joaquim RHVT, Silvestrini MS, Marini BPR. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2014; 22(1):145-50

Joaquim RHVT; El-Khatib U; Barba PCSD. 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.

Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *RAP, Rio de Janeiro*. 2000;34(5):35-45.

Kinker FS. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*. 2016;24(2): 413-20.

Kinsella EA. Practitioner reflection and judgement as prhonesis: a continuum of reflection and consideration for Phronetic Judgement. In: Kinsella EA; Pitman A. (eds). *Phronesis as professional knowledge: practical wisdom in the professions*. 2012. Sense Publishers.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2307-16.

Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*. 2003;10(3):1037-51.

Lima EMFA. Desejando a diferença: considerações acerca das relações entre os terapeutas ocupacionais e as populações atendidas por estes profissionais. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2003;14(2):64-71.

Lopes RCS; Prochnow LP; Piccinini CA. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 2010;15(2): 295-304.

Machado LD, Lavrador MCC. Por uma clínica da expansão da vida. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(supl1):515-21

Maciel KRFLA. Marco da primeira infância. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.

Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2ed. 2008. São Paulo: Atlas.

Matsuo CM, Galheigo SM. Percepções da equipe sobre o trabalho da Terapia Ocupacional em unidade de cuidado intermediário neonatal em hospital maternidade público de São Paulo. Pôster apresentado no XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro, 2015.

Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (org). 2008. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO. 324p.

Mattos RA. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos (org). 8ed. 2009. Rio de Janeiro: CEPESQ, IMS/UERJ, ABRASCO. 184p.

May T. Pesquisa social: questões, métodos e processos. 3ed. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 2004. Porto Alegre: Artmed.

Medeiros JSS, Mascarenhas MFPTT. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2010;21(1):51-60.

Mendes EV (1999). Uma agenda para a saúde. 2ed. 2006. São Paulo: Hucitec.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Agir em Saúde. Um Desafio para o Público (E. E. Merhy & R. Onocko, org.). 1997. p. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Interface – Comunic. Saúde, Educ. 2000;6:109-16.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2004a. São Paulo: Hucitec.

Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: Caderno de Textos. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b108-37. Série B, textos básicos de saúde.

Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. 2005. Disponível em: <www.nutes.ufrj.br/homr%20lrc/doutorado/arquivos/semmerhy.pdf>.

Merhy EE; Franco TB. Trabalho em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario>.

Meyerhof PG. O Neonato de Risco: proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In: Kudo et al. (orgs.), Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria, 2.ed. 1994. São Paulo: Sarvier, 204-22.

Meyerhof PG. O neonato pré-termo no berçário de cuidados especiais. Temas sobre desenvolvimento. 1997;5(30): 5-9.

Meyerhof PG. Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo. [207 p.]. [Tese]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1996.

Miller H. Prenatal cocaine exposure and mother-infant interaction: Implications for occupational therapy intervention. Am J OccupTher. 1997;51(2):119-31.

Miller MQ, Quinn-Hurst M. Neurobehavioral assessment of high-risk infants in the neonatal intensive care unit. Am J OccupTher. 1994;48(6):506-13.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. 2004. São Paulo: Hucitec.

Mira AO, Bastías LR. Terapia ocupacional neonatal, una propuesta para la acción. Rev. chil. ter. Ocup. 2006;(6):23-32.

Monfort K, Case-Smith J. The effects of a neonatal positioner on scapular rotation. *Am J OccupTher.* 1997;51(5):378-84.

Monteiro RCS. Neonatologia. In: Cavalcanti, A. (org). *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.* 2007. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Morais AC; Quirino MD; Camargo CL. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. *Rev. Eletr.Enf.* 2012;14(3):654-62.

Moreira MEL, Rodrigues MA, Braga NA, Morsch DS. Conhecendo uma UTI neonatal. In: Moreira MEL, Braga NA, Morsch DS, organizadores. *Quando a vida começa diferente. O bebê e sua família na unidade neonatal.* 2003. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ.

Moreno RLR, Jorge MSB. O cuidar do outro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá.* 2005;4(3):242-9.

Mouradian LE, Als H. The influence of neonatal intensive care unit caregiving practices on motor functioning of preterm infants. *Am J OccupTher.* 1994;48(6):527-33.

Nagahama EEI; Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005;10(3):651-7.

Nightlinger K. Developmentally supportive care in the neonatal intensive care unit: an occupational therapist's role. *Neonatal Netw.* 2011;30(4):243-8.

Obana AY, Oshiro M. A Terapia Ocupacional com bebês de risco: reflexões sobre a clínica. *Cadernos. Centro Universitário São Camilo, São Paulo.* 2002;8(3):58-61.

Oliveira GN. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [176 p.]. [Dissertação]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

Oliveira ECS, Rodrigues RG. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber da Enfermagem em neonatologia (1937-1979). *TextoContexto Enferm, Florianópolis.* 2005;14(4):498-505.

Olson JA; Baltman K. Infant mental health in occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. *Am J OccupTher.* 1994;48(6):499-505.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático.* 1996. Genebra: OMS.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.* Washington, D.C.: OPAS, 2005. (Série OPS/FCH/CA/05.16.P) ISBN 92 75 72606 X

Otoni ACS, Grave MTQ. Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2014;25(2):151-8.

Pádua EMM. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática.* 2ed.1997. Campinas, SP: Papirus.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de Saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB,

Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. 2010. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPES/ABRASCO.

Pereira TS. O cuidado como valor jurídico. In: Por uma ética do cuidado. Maria Schargel Maia (org). Rio de Janeiro: Garamond, 2009. 412p.

Pierce D, Frank G. A mother's work: Two levels of feminist analysis of family-centered care. *Am J Occup Ther*. 1992;46(11):972-80.

Petrokas RC. O cotidiano de cuidados dos bebês de risco sob a perspectiva materna. Trabalho do exame de qualificação do mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

Pilotto DTS; Vargens OMC; Proglantl JM. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2009; 62(4): 604-7.

Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <www.wpsjv.fiocruz.br/dicionarios/verbetes>.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro, Ruben Araújo de Mattos (org). 8ed. Rio de Janeiro: CEPESQ, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. 184p.

PMSP. Prefeitura do Município de São Paulo. Decreto 43.407, de 01 de julho de 2003. Dispõe sobre a notificação do nascimento de crianças aos postos de saúde, através do órgão municipal central de saúde, para os fins que especifica. São Paulo (SP): Prefeitura do Município de São Paulo, 2003.

Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004;20(5):1342-53.

Reis AOA, Marazina IC, Gallo PR. A humanização da saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):36-43.

Robertson C; Finlay L. Making difference, teamwork and coping: the meaning of practice in acute physical settings. *British Journal of Occupational Therapy*. 2007;70(2):73-80.

Romero VA. Os primórdios do seguro social e as regras atuais. *Cadernos de Educação*, Brasília. 2013;25:197-219. Disponível em: <www.cnte.org.br>

Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*. São Paulo. 2008;(17) 2:107-19.

São Paulo (Estado). Lei nº 14.544 de 14 de setembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa “Rede de Proteção à Mãe Paulistana” e dá outras providências. São Paulo (SP), 2011.

São Paulo (Município). Lei nº 13.211 de 13 de novembro de 2001. Dispõe sobre a Rede de proteção à mãe paulistana (ou Programa Mãe Paulistana). São Paulo (SP): Câmara dos Vereadores, 2001.

São Paulo (Município). Decreto nº 46.966 de 02 de fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe

Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. São Paulo (SP): Câmara dos Vereadores, 2006.

Shimizu MH; Bezerra ES; Matsuo CM. Iniciativa Trabalhando com Arte. Inscrição no Prêmio Governador Mário Covas 2011. Categoria Inovação em Gestão Estadual. São Paulo (SP), 2012.

Silva DI; Chiesa AM; Veríssimo MLOR; Mazza VA. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. Rev. Esc. Enferm USP. 2013;47(6):1397-402.

Silva FH, Barros MEB. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: Por uma sociedade cuidadora. Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior (org). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. 448p.

Sarti CA. Famílias enredadas. In: Família, redes, laços e políticas públicas. Ana Rojas Acosta, Maria Amália F Vitale (org). 6ed. São Paulo: PUCSP, Cortez, CEDEPE, 2003.

Spink MJP. Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. In: Por uma sociedade cuidadora. Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior (org). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. 448p.

Stein D. Diário de um bebê. O que seu filho vê, sente e vivencia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

Stotz EM. Necessidades de saúde: mediações de um conceito. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1991.

Takatori M. Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social. [Tese]. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. 237p.

Tedesco S. A prática da terapeuta ocupacional em farmacodependência: brincando com a roda de fogo. Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO), 1995.

Tedesco S. Terapia Ocupacional: produzindo uma clínica de atenção às dependências. Revista do Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO), 1997.

Trad LAB. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: Por uma sociedade cuidadora. Roseni Pinheiro e Aluisio Gomes Silva Junior (org). Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. 448p.

Tyrrell MAR, Carvalho V. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 1995.

UNICEF/OMS. Fundo das Nações Unidas para a Infância/Organização Mundial de Saúde (1992). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1: histórico e implementação. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte

IV (Vancouver). Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro (coord.). 2. ed. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 96 p. ISBN 978-85-7314-044-6

Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J, Laadt G, Strzyewski S. Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. *Am J OccupTher.* 2006;60(6):659-68.

Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *Journal do AdvancedNursing.* 2005;52(2):546-33.

Wilding C; Whiteford G. Occupation and Occupational Therapy: knowledge paradigms and everyday practice. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2007;54:185-93.

Bibliografias consultadas

Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a consolidação das leis do trabalho (CLT), aprovada pelo decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília (DF): Casa Civil, 2016a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a assistência domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

Cresti L; Lápia I. O esboço da relação mãe/bebê e a instituição hospitalar: díade ou tríade? In: Lacroix M.; Monmayrant M. (org.). *A observação de bebês. Os laços do encantamento.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997:149-62.

Winnicott DW(1988). *O bebê e suas mães.* 4ed. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2013.

Winnicott DW. (1983) *A Capacidade de estar só.* In: *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Winnicott DW. *A localização da experiência cultural.* In: *O brincar e a realidade,* 1975