

# A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA IMPLANTAÇÃO DO SETOR DE UTI NEONATAL DO HOSPITAL DO CÂNCER DE CAMPO GRANDE-MS

Danielle Galindo Martins\*

Karine Ferreira Barbosa\*

Marnie Grubert Gonzaga\*\*

## Resumo

O presente trabalho de pesquisa tem como objetivo discorrer sobre a intervenção da Terapia Ocupacional na implantação do setor de UTI neonatal do Hospital do Câncer de Campo Grande – MS. O intuito primordial é orientar desde a construção, até a implantação e funcionamento do setor, suprindo as necessidades básicas dos recém-nascidos de alto risco. São considerados de risco os neonatos que sofrem a influência de certos fatores maternos, ligados ao parto, ao próprio recém-nascido, fatores ambientais ou sociais, podendo ocasionar a interrupção do desenvolvimento neuropsicomotor. A Terapia Ocupacional pode contribuir de maneira efetiva, tanto na estruturação física ideal da UTI neonatal como diretamente na parte clínica, atuando junto aos recém-nascidos e seus familiares. Tem como objetivo proporcionar condições para o desenvolvimento normal do neonato de alto risco, possibilitando padrões de movimentos, posições normais com o uso de adaptações previamente confeccionadas, reduzindo o tempo de internação e estimulando por meio de ambiente aconchegante a aquisição de vínculo estável com os pais, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do mesmo. Sugere-se um trabalho em equipe para a construção da UTI neonatal e pediátrica composto por arquitetos, engenheiros, terapeutas ocupacionais, médicos e demais profissionais que se fizerem necessários.

**Palavras-chave:** 1. terapia ocupacional, 2. recém-nascido, 3. neonatal.

---

\* Acadêmicas de Terapia Ocupacional

\*\*Terapeuta Ocupacional, especialista e professora da UCDB

## **Abstract**

The research in hand aims at presenting the intervention of Occupational Therapy in the implantation of the Intensive Care Unit for the new born child in the Campo Grande Cancer Hospital – MS. The primordial purpose is to accompany this from the construction, until the implantation and operation of the Unit, supplying the basic needs of the high risk newly born. The new born considered to be at risk is the new born child that suffers the influence of certain maternal factors, linked to the birth, to the actual newly born, environmental or social factors, which could cause the interruption of neuropsychomotor development. Occupational Therapy can contribute in an effective way, in the ideal physical structure of the Unit for the new born child as well as clinically, helping both the newly born and immediate relatives. The objective is to provide conditions for the normal development of the new born child at high risk, facilitating patterns of movements, normal positions with the use of adaptations previously made, reducing the time of hospitalization and stimulating, by means of a cosy environment, the acquisition of a stable relationship with the parents, with the intention of improving the quality of life of the child. It is therefore suggested that there be a team for the construction of the I.C.U. for pediatric care of the new born composed of architects, engineers, occupational therapists, doctors and other professionals as necessary.

**Key words:** 1.occupational therapy, 2. new born child.

## **Introdução**

Ao se pensar em um tema para a elaboração da pesquisa, de imediato nos ocorreu a possibilidade de realizarmos a mesma com um assunto que tratasse diretamente de recém-nascidos, por ser uma área que sempre nos despertou grande interesse. Paralelo a isso, observou-se a necessidade de um trabalho direcionado ao atendimento de recém-nascidos de alto risco internados nas unidades de terapia intensiva neonatais, sob o ponto de vista da Terapia Ocupacional. O objetivo principal é proporcionar a alta precoce melhorando a qualidade de vida dos neonatos.

O enfoque do trabalho é diferenciado, por se tratar da intervenção desde a implantação do setor para que a partir de sua construção

já seja levado em consideração princípios fundamentais para um tratamento mais humano.

## **Recursos e resultados**

Para a realização da presente pesquisa utilizou-se de uma ampla revisão bibliográfica, registros fotográficos e entrevistas informais com profissionais das áreas médicas e de arquitetura.

O presente artigo visa descrever os benefícios da Terapia Ocupacional na implantação da futura UTI neonatal e pediátrica do Hospital do Câncer Prof. Dr. Alfredo Abrão de Campo Grande-MS. A relevância da presente pesquisa na instituição, está no fato de apresentar uma localização privilegiada: na área central de Campo Grande, próxima a estação rodoviária que possibilita o fácil acesso de toda a população da mesma. A clientela assistida é composta atualmente, por um grande número de pacientes com quadro clínico oncológico de diferentes espécies e gravidade. O hospital conta com o corpo clínico de médicos especialistas, nas diferentes cadeiras da oncologia, contando com uma equipe de apoio composta por: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social, que proporcionam um tratamento habilitador e/ou reabilitador de fundamental importância para paciente e instituição.

A Terapia Ocupacional dará suporte para a construção de uma UTI terapeuticamente estruturada para proporcionar uma assistência mais humana ao tratamento dos pacientes que se encontram internados; contando com o auxílio de um arquiteto para a adequação da planta previamente elaborada com embasamento nos conhecimentos terapêuticos ocupacionais, dentro das normas específicas da arquitetura.

A intervenção será restrita à UTI Neonatal e Pediátrica a ser implantada, podendo futuramente expandir-se ao CTI Adulto, devido às necessidades do próprio hospital, ao que se refere à humanização do ambiente e posicionamento correto dos pacientes por meio de adaptações.

Para a intervenção na área física foi elaborada uma planta inicial do complexo a ser construído com a disposição dos leitos em área semi-circular, para facilitar o pronto atendimento proporcionando a

observação contínua do paciente. A separação dos leitos é feita com divisórias leves e laváveis que propiciam uma relativa privacidade aos pacientes.

O número de leitos respeita as normas da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares para que seja possível um atendimento seguro e integral.

A planta inicialmente elaborada sofreu alterações para a sua adequação às normas básicas de arquitetura, por um profissional da área.

A elaboração da planta teve como objetivo primordial favorecer a aquisição de uma UTI neonatal e pediátrica adequadas desde a sua construção, visando um ambiente propício para o desenvolvimento biopsicossocial do recém-nascido, bem como facilitar o trabalho dos profissionais envolvidos no processo de hospitalização.

A intervenção será restrita à UTI Neonatal e Pediátrica a ser implantada, podendo futuramente expandir-se ao CTI Adulto, devido às necessidades do próprio hospital, ao que se refere à humanização do ambiente e posicionamento correto dos pacientes por meio de adaptações.

Após sua ativação, a Terapia Ocupacional poderá intervir de maneira efetiva, diretamente com o recém-nato de alto risco e seus familiares, com todos os recursos possíveis.

O recém-nascido de alto risco é definido como o neonato que sofrendo influência de certos fatores maternos (pré, peri ou pós-natais), ligados ao parto (condições, duração e tipo de parto), ao próprio recém-nascido (patologias que resultam em comprometimento em seu desenvolvimento neuropsicomotor), fatores ambientais ou sociais, torna-se predisposto tanto a uma lesão neurológica, quanto ao retardo do desenvolvimento, podendo ocasionar interrupção de seu desenvolvimento neuropsicomotor. Estes fatores influenciam muito no desenvolvimento normal, na morbidade e na mortalidade neonatais, sendo utilizados como critérios para classificação dos recém-nascidos, de modo que estes sejam ou não incluídos no grupo de alto risco.

O bebê de alto risco pode estabelecer um dos três perfis básicos, identificando-se as anormalidades principais de tônus muscular, características de temperamento-comportamento que apresentam relação com o estado motor (UMPHRED, 1994). O primeiro perfil refere-se ao bebê hipertônico e irritável, o qual encontra-se em um estado de

excesso de estimulação, devido à assistência multidisciplinar de rotina, procedimentos laboratoriais e que apresentam um baixo nível de tolerância para manipulação, apresentando predominância do padrão extensor da postura, associados a movimentos trêmulos ou desorganizados com desorientação para a linha média e como resultado de desequilíbrio do tono extensor proximal aumentado, há limitação no movimento antigravitacional de flexão.

O segundo perfil consiste no bebê hipotônico letárgico, que não reage adequadamente à estímulos ambientais relacionados à internação e que apresentam dificuldades no despertar para o estado de alerta até mesmo para a alimentação. Chora pouco, com baixo volume e curta duração.

O terceiro perfil refere-se a um bebê desorganizado, com tônus e movimentos flutuantes apresentando irritabilidade durante a manipulação, permanecendo passivo quando sem estímulo.

Através da definição do perfil do RN de alto risco torna-se possível as diferentes abordagens no manejo de neonatos com tônus, movimentos anormais e as especificidades dos níveis de estimulação.

Os serviços de atendimento a recém-nascidos devem ser estruturados e organizados no sentido de atender uma população altamente susceptível a riscos e que está relacionada a elevados índices de morbimortalidade na infância (LEONE e TRONHEN, 1996).

Alguns fatores contribuíram para o desenvolvimento de métodos especiais no atendimento ao paciente hospitalizado. Entre eles, a procura do melhor meio de cuidado a ser dispensado ao paciente crítico, não só para a sua sobrevivência, mas para a sua reintegração a uma existência normal, com o mínimo de conforto.

A U.T.I. não é apenas um serviço com equipamento especial, implica uma atitude particular da equipe que ali trabalha. Uma atitude orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas, em um contexto onde um relacionamento humano, que ofereça segurança e um efetivo apoio emocional, deve ser considerada como fator preponderante. A área física de uma U.T.I., para um atendimento adequado e mais imediato, deve apresentar salas e áreas com objetivos específicos, devendo localizar-se próxima ao Centro Cirúrgico e ao Centro de Recuperação Pós-Anestésica, com facilidade de acesso aos

serviços auxiliares de radiologia e laboratórios. Se mais que uma U.T.I. é planejada, é desejável que estejam situadas na mesma área (lado a lado), para que não haja necessidade de multiplicidade de recursos auxiliares (SHOEMAKER; 1985).

O número de leitos da U.T.I. depende, de maneira geral, do hospital em que esteja localizada, da função da unidade e de sua especialidade; um máximo de doze leitos é fixado, por norma, para a instalação de uma U.T.I., torna-se impraticável e extremamente onerosa uma unidade com menos de cinco leitos, pois o rendimento é insatisfatório em termos de atendimento e o custo para a instituição torna-se inviável (GOMES; 1988).

Na unidade de cuidados intensivos neonatais são internados, principalmente, os recém-nascidos prematuros, que correm risco de vida e que necessitam de cuidados 24h por dia, bem como aqueles que sofreram algum problema ao nascimento. Uma das características do período neonatal são as altas taxas de morbi-mortalidade devido ser uma fase de grande fragilidade do ser humano e a alta propensão a ocorrência de seqüelas muitas vezes incapacitantes e de longa duração. Para que estas taxas diminuam e haja a recuperação de alguma patologia que venha ocorrer neste período sem que haja seqüelas, é indicado o encaminhamento para Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (U.T.I.N.).

As finalidades dessa unidade devem estar de acordo com a filosofia de trabalho da equipe de saúde (LEONE e TRONHEN; 1996), ou seja: proporcionar ao recém-nascido melhores condições de adaptação à vida extra-uterina, sob o ponto de vista físico, emocional e espiritual; prestar assistência de enfermagem e demais profissionais ao neonato e familiares; proporcionar ambiente e condições adequadas para que os pais desenvolvam um relacionamento harmonioso com seu filho; reduzir o índice de morbimortalidade neonatal; promover e incentivar o aleitamento materno; estimular e facilitar a participação da mãe na execução dos cuidados ao neonato e estimular e desenvolver atividades de ensino e pesquisa no âmbito da assistência profissional neonatal.

A U.T.I. Neonatal deve ser localizada dentro de uma estrutura hospitalar que disponha de recursos para o diagnóstico e tratamento de qualquer tipo de patologia neonatal, incluindo os procedimentos especializados (cateterismo umbilical e cardíaco, cirurgia neonatal,

assistência ventilatória, monitorização de dados vitais, etc.), próxima do centro cirúrgico e sala de parto.

A divisão funcional da Unidade Neonatal em setores proporciona a racionalização do trabalho, determina o tipo de complexidade da assistência, equaciona a quantidade de servidores pelo número de crianças atendidas, proporciona treinamento e desenvolvimento de pessoal em todas as áreas, concentra equipamentos e materiais, diminui o contato em caso de infecção e permite aos pais viver experiências semelhantes de acordo com o quadro apresentado pelo recém-nascido.

A assistência a um recém-nascido exige vigilância constante de pessoal competente e bem treinado, dadas as características de emergência, freqüentemente oligossintomática, da patologia neonatal.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um ambiente de cuidado extremo que enfoca basicamente as necessidades médicas do paciente, não as sociais ou do desenvolvimento. A Terapia Ocupacional é uma das várias disciplinas médicas e do desenvolvimento que mostram este interesse, podendo ser definida como um tipo objetivo de tratamento num esforço de conseguir a recuperação do paciente acometido por uma doença ou contribuir para o seu ajustamento ou hospitalização (BOWIE, 1960).

Os terapeutas ocupacionais pediátricos servem a um número cada vez maior de neonatos sobreviventes com riscos no desenvolvimento através de: oferecimento de suporte diagnóstico, adjunto valioso na avaliação neurológica e no desenvolvimento, através de avaliações dos recém-natos para detecção de possíveis distúrbios sensoriomotores; facilitação do expediente para manejo interdisciplinar, através de orientações aos profissionais da equipe de saúde quanto a manuseios e estímulos adequados ao recém-nato; reforço dos aspectos preventivos de saúde promovendo uma intervenção terapêutica ocupacional precoce, visando estimular e/ou prevenir possíveis distúrbios realizando monitorização a longo prazo do desenvolvimento; a humanização do ambiente da UTI neonatal; apoio aos pais quanto ao vínculo e contato com seu filho, favorecendo a percepção das capacidades de seu bebê; orientações quanto ao aleitamento materno (condutas e posturas adequadas) e triagem de recém-natos considerados de risco para seguimento (follow-up) a nível ambulatorial.

As metas gerais do manejo clínico em UTI neonatal de bebês com risco para disfunção neurológica, retardo no desenvolvimento ou complicações ortopédicas são (UMPHRED, 1994): promover experiências normais de desenvolvimento; reduzir o esforço ativo de padrões de movimento e posições anormais; diminuir as deformidades músculo-esqueléticas congênitas e contraturas articulares-musculares adquiridas; amamentação/relação mãe-filho; modificar a estimulação sensorial para o bebê vinda do ambiente do ambiente da UTI neonatal de modo a promover organização comportamental e estabilidade fisiológica e melhorar as habilidades dos pais para prestação de assistência ao bebê (alimentar, vestir, dar banho, posicionar o bebê para dormir, interação – brincadeiras e transporte).

Uma tendência recente nas pesquisas sobre a intervenção no desenvolvimento dentro da UTI neonatal é direcionada ao entendimento das capacidades neuroreguladoras dos lactentes doentes e imaturos, e depois a usar estas descobertas para orientar as intervenções que tenham como objetivo apoiar o desenvolvimento.

Considera-se que há três objetivos principais para acompanhar o desenvolvimento do recém-nascido de risco(KUDO,1997): dar oportunidade para que ele se desenvolva normalmente, ajudando-o na sua organização global; detectar problemas de desenvolvimento, visando a intervenção, tratamento e seguimento e orientar os pais.

Para que esses objetivos sejam melhor alcançados, pode-se iniciar a atuação diretamente no ambiente físico da UTI neonatal ou berçário em relação a: localização do berço ou da incubadora, que devem guardar uma distância razoável entre si para que sejam evitados esbarrões, e os pais possam ficar perto com alguma privacidade. Devem estar distantes de pias, telefones, rádios, janelas, portas e de locais de grandes atividades ou de passagem, para que o bebê fique protegido de barulhos e mudanças bruscas de temperatura. Geralmente não há diferenciação entre o dia e a noite na UTI neonatal. O ritmo diurno-noturno pode ser estabelecido diminuindo a luz do ambiente ou cobrindo a incubadora, juntamente com a redução do movimento da equipe, da manipulação do neonato e do barulho durante a noite. A organização do ciclo sono-vigília do recém-nato auxilia na auto-regulação e no ganho de peso, além de auxiliar a estabilização dos estados de consciência. A humanização do



ambiente consiste em uma organização interna que permita o bem-estar tanto dos pais quanto do recém-nascido, podendo realizar-se por meio da utilização de técnicas de cromoterapia para a escolha das cores da UTI neonatal, da distribuição estratégica de objetos próprios para a estimulação do bebê (como móveis, figuras, brinquedos sonoros e coloridos) e realizando-se um planejamento prévio de todos os procedimentos a serem realizados com o recém-nascido, já que os mesmos vivenciam procedimentos aversivos e dolorosos, hipermanipulação, ruído contínuo, luz forte e interrupção do estado de sono.

Como o ambiente do recém-nascido de alto risco parece ter um efeito subsequente no desenvolvimento neural, o meio ambiente da UTI neonatal deveria ser melhor planejado e não ser apenas uma consequência randômica de eventos clínicos.

O trabalho do terapeuta ocupacional é um processo de análise e aplicabilidade das atividades humanas enquanto recursos terapêuticos, objetivando a prevenção e/ou a adaptação do indivíduo portador de necessidades especiais, sejam elas temporárias ou permanentes, ao convívio social. Estas necessidades especiais são aquelas que interferem de maneira significativa no desenvolvimento psicomotor, social, perceptivo, cognitivo, sensorial e emocional da pessoa, em especial neste caso, do recém-nascido de alto risco. Dentre os inúmeros recursos terapêuticos utilizados, pode-se destacar:

**1. Estimulação essencial:** é toda atividade que enriquece o desenvolvimento físico, mental e social da criança de zero a três anos de idade. A estimulação essencial requer não somente uma comunicação constante, atenta e afetiva com o recém-nascido ao longo de seu desenvolvimento, como também um ambiente rico em estímulos perceptivos que ofereça contato com cores, sons e texturas variadas. Requer, ainda, materiais que propiciem o desenvolvimento das habilidades motoras do bebê, abrangendo o desenvolvimento da musculatura grossa e fina, para que possa vencer com êxito e no seu próprio ritmo todas as etapas do seu processo evolutivo. Os estímulos devem sempre estar de acordo com o desenvolvimento alcançado pelo bebê. É importante aproveitar os momentos dedicados à alimentação, à limpeza e ao banho para estimulá-lo.

Todo bebê de alto risco ou portador de distúrbios no desenvolvimento, seja qual for o tipo e grau de sua deficiência, está em condições de assinalar, de alguma forma, a influência do ambiente.

Segundo Umphred (1994) para que a intervenção seja terapêutica em um estabelecimento de assistência intensiva, a quantidade e tipo de estimulação precisa ser graduada individualmente para a tolerância fisiológica de cada bebê, categorias de tono muscular, padrões de movimento, temperamento individual e nível de responsabilidade. Em vez de precisar de mais estimulação, muitos bebês, especialmente aqueles com hipertonía ou com movimentos trêmulos e desorganizados, tem dificuldade em se adaptar aos níveis rotineiros de barulho, luz, mudanças de decúbito e manipulação. A estimulação geral pode rapidamente aumentar o tono muscular e os movimentos anormais, aumentar o estado comportamental de instabilidade e irritabilidade e sobrecarregar uma homeostase fisiológica frágil quando não for individualizada para as necessidades motoras e de interação específicas.

Sinais de excesso de estimulação podem incluir respiração forçada com retrações do tórax, grunhidos, batimentos das asas do nariz, alterações de cor (aparência da pele rajada para vermelho ou cianótica), alertas freqüentes, irritabilidade ou sonolência, arqueamento do tronco para retirada da estimulação, espirros, aversão visual, movimentos do intestino e soluços.

**1.1 - Estimulação visual e/ou auditiva:** Devemos proporcionar condições para que o bebê possa enxergar, pois a capacidade para isso não é nata, e sim aprendida. Para a estimulação podem ser utilizados objetos fixos ou sem movimento, através do contraste de cores e lanternas, à uma distância de 20 a 25 cm de sua face, até que o bebê perceba o objeto. Pode-se estimular visualmente também através do rosto dos pais ou do terapeuta (BRANDÃO, 1992). A produção de estímulos auditivos é intensa e exagerada dentro das unidades de terapia intensiva em geral. Muitas vezes é necessário que esses estímulos sejam dosados quanto à intensidade e a quantidade, bem como a duração dos estímulos oferecidos.

**1.2 - Estimulação tátil, proprioceptiva e vestibular:** a estimulação pode ser feita utilizando-se de materiais como estimuladores térmicos (quente e frio), materiais de diferentes texturas, além das mãos

dos pais, terapeuta e demais profissionais da equipe. Objetiva-se com isso provocar movimentos ativos e voluntários (BRANDÃO, 1992). Ao ser manuseado, o bebê inicia o processo da imagem corporal. Com o fornecimento de estímulos sensoriais, a mobilidade do mesmo será melhorada aumentando as chances de experiências de repetição e a reprodução dos movimentos imprime no córtex o movimento, que leva ao aprendizado. A estimulação vestibular pode ser iniciada através de balanços em várias direções e planos, intercalando a estímulos táteis e visuais. Pode também ser adaptada uma rede feita com cueiros dentro da própria incubadora, favorecendo além de estímulos vestibulares também proprioceptivo e tátil, proporcionando simetria e padrão postural normal. Pode ser utilizada também a cadeira de balanço durante a amamentação. Devem ser observados os sinais de retraimento ou de aproximação.

**1.3 - Estimulação oral e de alimentação:** a grande maioria dos bebês internados em Unidades de Terapia Intensiva neonatais necessitam ser alimentados por sondas e é neste momento que são feitas as estimulações. Estas estimulações são feitas com leves toques na região média e lateral da face, estimulando o reflexo de procura, seguindo de toques e massagens no palato do recém-nascido. Pode ser realizada a estimulação gustativa através da introdução de sabores adocicados (soro glicosado) na parte interna da boca do recém-nato, facilitando a transição da alimentação via sonda para via oral (BRANDÃO, 1992). Deve-se dar ênfase ao posicionamento adequado durante a alimentação. Para a alimentação por meio de sonda, a posição semi-reclinada é a mais indicada, com os membros superiores flexionados mantendo a cabeça na linha média. Após a alimentação, o decúbito lateral auxilia nas funções gástricas, evitando o refluxo gastro-esofágico (UMPHRED, 1994). Para a alimentação no seio ou mamadeira é importante que o bebê sinta-se aconchegado no colo com a cabeça e coluna alinhadas e membros superiores à frente para uma melhor organização e coordenação da sucção.

**2. Posicionamento e adaptações:** as mudanças freqüentes de decúbito permitem ao recém-nato a percepção de diferentes sensações de peso, diferença gravitacional, informações sobre a tensão de diferentes grupos musculares, propriocepção e estímulos vestibulares, desenvolvendo padrões de movimentos mais maduros e mantendo o tônus mais adequado (SEGRE, ARMELINNI e MARINO, 1994).

Neonatos de alto risco assumem, geralmente, uma postura anormal associada a forças de gravidade produtoras de extensão.

O uso de rolos previamente confeccionados (corvim, materiais atalhados, de diferentes cores e texturas), e calços de espuma presentes no programa de posicionamento neonatal pode modificar o desequilíbrio crescente da extensão, promovendo movimento e estabilidade postural a partir das posições de flexão, facilitando a organização corporal e diminuindo o espaço dentro do berço, de forma a favorecer os movimentos de menor amplitude que são mais coordenados e com maior estimulação tátil.

Ao ser adotada a posição fletida em decúbito lateral deve-se alternar os lados direito e esquerdo, facilitando não só a oxigenação e os batimentos cardíacos, mas também os movimentos das extremidades e explorações táteis. Facilita ainda a simetria e flexão com menor perda corporal de calor. Esta posição pode ser mantida através de rolos dispostos atrás da cabeça, tronco e coxas, com a função de estabilizar a postura do bebê. Pode ser utilizado também um rolo anterior entre os membros inferiores com o intuito de promover maior estabilização na linha média em flexão.

Para posicionar neonatos pequenos em posição simétrica fletida, um rolo de cobertor longo pregado no colchão pode ser usado. Para neonatos maiores pode ser preciso uma estabilização adicional com uma bolsa de água ou soro contra o rolo de cobertor.

A posição em decúbito ventral facilita a digestão, proporciona melhor trabalho diafragmático e melhora a respiração. Esta posição é também recomendada durante e após a dieta e em caso de refluxo gastro-esofágico.

Em decúbito dorsal, é necessário cuidar para que os bebês nesta posição estejam escorados por rolos de cobertor ou fraldas em “U”, mantendo os membros fletidos. É a melhor posição para bebês em estado clínico menos controlado (UMPHRED, 1994).

Para Kudo et al (1997), o auxílio manual do terapeuta levando os membros do bebê na linha média, facilita um posicionamento ideal, e sua retirada deverá ser lenta e apenas quando o bebê iniciar sua auto-organização ou se manter em um estado adequado.

Devemos procurar uma posição que seja ao mesmo tempo adequada e confortável para cada neonato, levando em consideração seu quadro clínico, sua tonicidade e as contra-indicações.

**3. Método Mãe-Canguru:** é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido. Esse contato de forma gradual evolui até a colocação da criança em posição canguru, que é o posicionamento do bebê em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito da mãe. O objetivo é estabelecer maior apego, segurança, incentivo ao aleitamento materno e melhor desenvolvimento da criança. A idéia era de que a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe, promoveria maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras permitindo a alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente melhor qualidade de assistência com menor custo para o sistema de saúde.

**4. Orientação familiar:** a Terapia Ocupacional atua contribuindo na formação da relação familiar, com informações que estimulem e promovam condições de um desenvolvimento satisfatório (PARHAM, 2000).

Deve-se preparar os pais e demais familiares para a experiência da permanência do recém-nascido na UTI neonatal, estabelecendo relações afetivas que inspirem confiança. As informações aos pais devem ser claras e com linguagem apropriada, evitando o excesso de informações que podem ser mal interpretadas quando há muita ansiedade, permitindo que os pais perguntem e digam o que pensam e sentem, incentivando-os a falar.

O profissional Terapeuta Ocupacional deve prestar a devida orientação, sensibilizando a mãe e a família sobre a necessidade e importância do acompanhamento médico e outros do recém-nato e intervenção precoce que auxilie em seu desenvolvimento, de forma que este propicie um vínculo cada vez maior na relação familiar.

**5. Shantala:** a Shantala é uma massagem para bebês, originária da Índia, que foi trazida para o ocidente pelo obstetra francês Frederick Leboyer, defensor do parto humanizado.

A massagem alivia cólicas, acalma e ajuda o bebê a dormir melhor, favorece o desenvolvimento psicomotor, além de propiciar a

integração dos pais com o bebê.

Esta técnica consiste em massagear praticamente todo o corpo da criança, que fica nua sobre as pernas da mãe para recebê-la. Ela é composta por 21 movimentos e três exercícios complementares e deve ser feita diariamente.

O toque é um dos meios mais poderosos para a comunicação humana, com enriquecimento do relacionamento entre pais e filhos. Quando o bebê é tocado, acariciado e massageado, tem maiores possibilidades de crescer alegre, independente e afetivo.

A execução de massagem suave em todo o corpo do bebê é recomendável porque o estímulo tátil acalma, organiza e facilita a atuação do sistema motor e o desenvolvimento da sucção. A massagem é recomendada para crianças somente a partir de um mês de idade, antes disso ela é muito sensível para ser manipulada.

Está evidente que a Terapia Ocupacional têm papel fundamental no que se refere a U.T.I. Neonatal, recém-nascidos de alto risco e seus familiares, já que a mesma contribui de maneira direta (com os pacientes e familiares) e indireta (desde o planejamento do setor a ser implantado). O presente trabalho enfatizou ambas as atuações, porém concentrou-se de maneira especial no planejamento do setor a ser construído, para que futuramente haja a possibilidade de um trabalho específico em Terapia Ocupacional mais efetivo e dirigido ao grupo de pacientes que encontrarem-se hospitalizados e seus familiares.

## **Conclusão**

Não se pode entender o trabalho proposto como encerrado, pois apenas a etapa do planejamento do setor foi concluída.

Nota-se que a Terapia Ocupacional tem muito a contribuir no que se refere à UTI Neonatal, desde o seu planejamento físico até a intervenção clínica propriamente dita. O atendimento ao bebê considerado de risco deve ser precoce para controlar em tempo e adequadamente qualquer distúrbio que ele possa apresentar.

É importante que esse trabalho tenha continuidade, pois o mesmo apresenta uma vasta área de aplicação, não estando limitada apenas

aos recém-nascidos de alto risco, podendo também expandir-se à crianças, independente da faixa etária, que se encontram hospitalizadas.

Assim, torna-se evidente a relevância do trabalho da Terapia Ocupacional e a importância da inclusão deste profissional na Equipe Multidisciplinar.

## **Bibliografia**

- AVERY, G.B. *Neonatologia*. Rio de Janeiro: Medsi, 1984.
- BASSETO, Mônica C.A.; BROCK, Roger; WAYNSZTEJN, Rubens. *Neonatologia – um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise, 1998.
- BLAKISTON. *Dicionário médico*. 2. ed. São Paulo: Andrei, 1987.
- BOWIE, M.A. Occupational therapy in arthritis. In: HOLLANDER, J.L. et al. *Arthritis and allied conditions*. 6 th. ed. Philadelphia: Lea e Fabiger, 1960.
- BRANDÃO, Juércio Samarão. *Bases do tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral*. São Paulo: Memnon, 1992.
- BRAZELTON, T.Berry. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Bebês e mães*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- CARLSON, Bruce M. *Embriologia humana e biologia do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- CARVALHO, Werther Brunow de et al. *Manual de terapia intensiva pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- CAVALHERI, Franciella de A.; MATOS, Soraya Chicrala. *Método Mãe-Canguru: recurso terapêutico uma abordagem terapêutica ocupacional junto à neonatos de risco*. Campo Grande, 2000. Monografia – UCDB.
- CLOHERTY, John P.; STARK, Annr. *Manual de neonatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
- DIAMONT, Aron; GYPEL, Saul. *Neurologia infantil*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- DONALD, Mac. *Terapia Ocupacional em reabilitação*. 2. ed. São Paulo: Santos, 1998.
- DONN, Steven M.; FAIX, Roger G. *Emergências neonatais*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- ECKERT, Helen M. *Desenvolvimento motor*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1992.

- ECO, Humberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 1983.
- FHILADELFO, Alessandra C.; OLIVEIRA, Lizandra Mara de. *A Terapia Ocupacional atuando como orientadora a pais de recém-nascidos pré-termo em UTI neonatal*. Lins-SP, 1998. TCC – Faculdade de Educação Física de Lins.
- FINGER, Jorge A.O. *Terapia ocupacional*. São Paulo: Sarvier, 1986.
- FLAVELL, John H. *A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- FLEHMIG, Inge. *Desenvolvimento normal e seus desvios no lactente (diagnóstico e tratamento precoce do nascimento até o 18º mês)*. São Paulo: Atheneu, 1994.
- FONSECA, Vitor da. *Da flogênese à antogênese da motricidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- FONTES, José Américo. *Lesão cerebral*. Brasília: CORDE, 1990.
- FRANCISCO, Berenice R. *Terapia ocupacional*. São Paulo: Papirus, 1988.
- FRANCO, Alfredo Jr. *Manual de terapia intensiva*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- GESSEL e AMATRUDA. *Psicologia do desenvolvimento do lactente e da criança pequena: bases neuropsicológicas e comportamentais*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- GOMES, Alice Martins. *Enfermagem na UTI*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1988.
- HAGEDORN, Rosemary. *Fundamentos em terapia ocupacional*. São Paulo: Dynamis, 1999.
- HOLLE, Britta. *Desenvolvimento motor na criança normal e retardada*. São Paulo: Manole, 1990.
- HOLLOWAY, Elise. Como favorecer o entretenimento progenitor-lactente na UTI neonatal. In: PARHAM, L. Diane; FAZIO, Linda S. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos, 2000.
- HOPKINS, Helen L. *T.O.* Espanha: Médica Panamericana, 1998.
- JC Ferraz, homepage. (ABC@nib.Unicamp.br)
- JORGE, Rui Chamone. *O objeto e a especificidade da terapia ocupacional*. Belo Horizonte: GESTO, 1990.
- KENNEL, John H.; MARSHALL, H. Klaus. *Pais/bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.



- KLAUS e FANAROFF. *Alto risco em neonatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- KUDO, A.M. et al. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2. ed. São Paulo: Lovise, 1997.
- LEONE, Cléa Rodrigues; TRONHEN, Daisy Maria Rezatto. *Assistência integrada ao recém-nascido*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- LEVY, Janine. *O despertar do bebê: prática de educação psicomotora*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- LIMA, Azor de. *Pediatria essencial*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1992.
- LOPES, Sônia Maria B.; LOPES, José Maria de A. *Follow Up do recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- MARBA, Sérgio Tadeu Martins; MEZZACAPPA, Mateus. *Manual de neonatologia*. UNICAMP (CAISM). São Paulo: Revinter, 1998.
- MARCONI, Eduardo. *Pediatria básica*. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1992.
- MILLER, Jonathan; PELHAM, David. *O princípio da vida – com ilustrações móveis em três dimensões*. Rio de Janeiro: Record, 1984.
- MONTAGU, Ashley. *Tocar: o significado humano da pele*. 6. ed. São Paulo: Summus, 1988.
- MURAHOVSKI, Jayme. *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- ONODERA, Carlos Henrique; BIANCHINI, Geovana V. *Atuação da terapia ocupacional com recém-nascidos pré-termos*. Lins-SP, 1996. TCC (Curso de Terapia Ocupacional) – Faculdade de Educação Física de Lins.
- PARHAM, L. Diane; FAZIO, Linda S. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos, 2000.
- PIAGET, Jean. *O nascimento da inteligência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- PIVA, Michelle Vanuchi. *Recreação hospitalar: no brincar e no sorrir, o valor da Terapia Ocupacional*. Lins-SP, 1997. TCC (Curso de Terapia Ocupacional) – Faculdade de Educação Física de Lins.
- POLES, Cristina. Troca de incubadora por colo materno ajuda bebês. In: *Veja*, p.100, 26 jan. 2000.
- POLISUK e GOLDFELD. *Pequeno dicionário de termos médicos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- ROSTHEIN, J. Roy; WOLF, S. *Manual do especialista em reabilitação*. São Paulo: Sarvier, 1995.

SANTORO, Marcio Jr. (org). *Manual de neonatologia*. Rio de Janeiro: Revintes, 1994.

SEGRE, Conceição A.M.; ARMELLINI, Pedro Antônio; MARINO, Vanda Tobias. *R.N.* São Paulo: Sarvier, 1995.

SHOEMAKER, Willian C.A. et al. *Tratado de terapia intensiva*. 2. ed. São Paulo: Panamericana, 1989.

SILVA, Jacqueline Paula Alves; REIS, Livia dos. *Estimulação essencial em recém-nascido de alto risco*. Campo Grande, 1999. TCC (Curso de Fisioterapia) – UCDB.

UMPHRED, Darcy Arm. *Fisioterapia neurológica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1994.

VALMAN, H. B. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Manole, 1987.

VAZ, Flávio Adolfo Costa; MANISSADJIAN, Antranik; ZUGAIB, Marcelo. *Assistência à gestante de alto risco e ao recém-nascido nas primeiras horas*. São Paulo: Atheneu, 1993.

VITTA, Fabiana Cristina Frigieride. *Uma identidade em construção: o terapeuta ocupacional e a criança com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor*. São Paulo: EDUSC, 1998.

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

<http://www.hospvirt.org.br>

<http://www.metodocanguru.org.br>

<http://www.to/shantalaeparto>

<http://www.geocities.com>

<http://www.conhecimento.com.br>