

Unidades de cuidado intensivo neonatal y pediátrico: notas sobre la práctica de los terapeutas ocupacionales**Unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica: apontamentos sobre a prática dos terapeutas ocupacionais****Neonatal and pediatric intensive care units: accounts on the practice of occupational therapists**** Danusa Menegat¹,  Tatiana Barbieri Bombarda²,  Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim²****Recibido:** 19/08/2021 **Aprobado:** 01/02/2022 **Publicado:** 29/06/2022

Objetivo: caracterizar las prácticas de los terapeutas ocupacionales en las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos. **Método:** estudio cuantitativo y cualitativo realizado en 2017, con recogida de datos a través de un cuestionario *online* con terapeutas ocupacionales que trabajaban en cuidados intensivos. La interpretación se realizó mediante estadística descriptiva simple y análisis temático. **Resultados:** Participaron 15 terapeutas ocupacionales, con título de postgrado; de sexo femenino; con edades comprendidas entre los 24 y los 60 años; edad media de 28 años; el tiempo medio de trabajo en el entorno hospitalario y de cuidados intensivos superó los cuatro años. Surgieron cuatro categorías: *Acciones del Terapeuta Ocupacional en la UCI; Recursos y técnicas utilizadas por el Terapeuta Ocupacional en la UCI; Formación de los Terapeutas Ocupacionales para trabajar en una UCI; y Percepciones del Terapeuta Ocupacional relacionadas con la rutina de la UCI y el reconocimiento del equipo.* Las acciones se centraron en las intervenciones físicas y cognitivas y en la orientación a los familiares y a los pacientes. **Conclusión:** Es necesario ampliar y profundizar los estudios sobre el trabajo desarrollado por los terapeutas ocupacionales en las unidades de cuidados intensivos, con el objetivo de crear y establecer indicadores que favorezcan la cualificación y consolidación profesional.

Descriptor: Unidades de cuidados intensivos; Unidades de cuidado intensivo neonatal; Unidades de cuidado intensivo pediátrico; Terapia Ocupacional.

Objetivo: caracterizar as práticas dos terapeutas ocupacionais em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica. **Método:** estudo quanti-qualitativo, realizado em 2017, com coleta de dados através de questionário *online* com terapeutas ocupacionais que atuavam com cuidados intensivos. A interpretação foi realizada por meio de estatística descritiva simples e análise temática. **Resultados:** participaram 15 terapeutas ocupacionais, com pós-graduação; do sexo feminino; com idades entre 24 a 60 anos; com média de 28 anos; a média de tempo de trabalho em ambiente hospitalar e de terapia intensiva ultrapassou a quatro anos. Emergiram quatro categorias: *Ações do Terapeuta Ocupacional em UTI; Recursos e técnicas utilizados pelo Terapeuta Ocupacional em UTI; Capacitação dos Terapeutas Ocupacionais para atuar em uma UTI; e Percepções do Terapeuta Ocupacional relacionadas a rotina da UTI e reconhecimento da equipe.* As ações concentraram-se em intervenções físicas e cognitivas e orientação aos familiares e pacientes. **Conclusão:** É necessário ampliar e aprofundar os estudos sobre o trabalho desenvolvido por terapeutas ocupacionais nas unidades de terapia intensiva, visando a criação e o estabelecimento de indicadores que favoreçam a qualificação e consolidação profissional.

Descriptor: Unidades de terapia intensiva; Unidades de terapia intensiva neonatal; Unidades de terapia intensiva pediátrica; Terapia ocupacional.

Objective: to characterize the practices of occupational therapists in neonatal and pediatric intensive care units. **Methods:** a quantitative-qualitative study, carried out in 2017, with data collection through an online questionnaire with occupational therapists who worked with intensive care. The interpretation was performed using simple descriptive statistics and thematic analysis. **Results:** 15 occupational therapists participated, with postgraduate degrees; female; aged 24 to 60 years; with a mean age of 28 years; the average working time in a hospital and intensive care environment exceeded four years. Four categories emerged: *Actions by the Occupational Therapist in the ICU; Resources and techniques used by the Occupational Therapist in the ICU; Training of Occupational Therapists to work in an ICU; and Occupational Therapist Perceptions related to the ICU routine and team recognition.* The actions focused on physical and cognitive interventions and guidance to family members and patients. **Conclusion:** It is necessary to expand and deepen the studies on the work developed by occupational therapists in intensive care units, aiming at the creation and establishment of indicators that favor professional qualification and consolidation.

Descriptors: Intensive care units; Intensive care units, Neonatal; Intensive care units, pediatric; Occupational therapy.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar de atención de alta complejidad para el ingreso de pacientes críticos que requieren: monitorización, cuidados especializados continuos y alta tecnología específica¹. El paciente de cuidados intensivos presenta un estado severo que requiere asistencia permanente y especializada, dado el riesgo inminente de muerte e inestabilidad de las funciones vitales². Por ello, requiere un tratamiento multidisciplinar y multiprofesional para minimizar las afecciones causadas por la gravedad de las enfermedades y las posibles secuelas³.

La UCI Neonatal, compuesta por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales Convencional (UCINCo) y Canguro (UCINCa), está destinada a la atención de los recién nacidos graves o con riesgo de muerte, entre ellos, los de menos de 30 semanas de edad gestacional (EG) o con peso al nacer inferior a 1.000 gramos o que requieran ventilación mecánica, cirugías mayores, medias o menores, postoperatorio inmediato o nutrición parenteral⁴.

De acuerdo con la Resolución n.º 7 (2010) del Ministerio de Salud, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos se define como un área crítica destinada a la internación de pacientes críticos de 29 días a 14 o 18 años, siendo este límite de edad establecido por la rutina de la institución¹. Estos pacientes requieren una atención profesional especializada y continua, así como materiales específicos y tecnologías necesarias para el diagnóstico, el seguimiento y la terapia⁵.

En el campo de la neonatología, al igual que en la pediatría, los avances científicos y tecnológicos en el diagnóstico y los recursos terapéuticos han contribuido a la eficacia del tratamiento y a la supervivencia. Sin embargo, tanto en el caso de los recién nacidos de alto riesgo como en el de los niños con patologías agudas y crónicas, las complicaciones clínicas y la progresión de las enfermedades siguen repercutiendo en morbilidades.

Así, debido a las repercusiones emocionales y sociales en la familia, asociadas a la supervivencia y al prolongado período de hospitalización, se indica la integralidad de los cuidados, de modo que el trabajo realizado por el terapeuta ocupacional forme parte de un conjunto de acciones realizadas por los demás miembros del equipo⁴.

Debido a las especificidades de la atención en la UCI Neonatal, la práctica de la Terapia Ocupacional (TO) requiere conocimientos y habilidades mínimas, tales como: comunicación efectiva con el equipo multiprofesional y los miembros de la familia, comprensión básica de la funcionalidad y los propósitos de los equipamientos de la unidad y conocimiento sobre la aplicabilidad de las evaluaciones (formales e informales), apropiadas para la Edad Gestacional

(EG) corregida y para las condiciones clínicas, permitiendo la identificación de las habilidades y vulnerabilidades relacionadas con el desarrollo neuropsicomotor (DNPM)⁴.

También es necesario evaluar el efecto del entorno, las prácticas de los cuidadores, el posicionamiento, la organización neuroconductual y el estado clínico del bebé, observando y analizando continuamente sus respuestas. Además, es importante saber registrar las evaluaciones e intervenciones de forma objetiva, interpretativa, completa y concisa, y preparar un plan de alta y seguimiento junto con el equipo multiprofesional para satisfacer las necesidades del bebé y su familia, incluyendo así la red de servicios y recursos de la comunidad⁴.

Los conocimientos que subyacen a estas acciones también son utilizados por otros profesionales, con referencia a su respectiva especificidad. En el caso del terapeuta ocupacional su especificidad está relacionada con la noción de la ocupación humana como promotora de la salud⁴.

En cuanto a la UCI pediátrica, en general, las intervenciones pueden llevarse a cabo directamente con el niño y con los cuidadores o indirectamente, con la intervención en el entorno físico. Las principales intervenciones del terapeuta ocupacional, relacionadas con el *entorno*, son: la orientación espacio-temporal, la privacidad, la individualidad y la reducción de los estímulos adversos, como el ruido y la luz; a los *cuidadores*: la orientación, la acogida y el empoderamiento; y al *paciente*: la resignificación de la vida cotidiana, la minimización de los impactos de la hospitalización en la UCI, la prevención de eventuales deformidades, edemas, puntos de presión y dolor, y también el mantenimiento del desempeño ocupacional y de la capacidad funcional y la vigilancia del DNPM⁵.

En una revisión sobre el papel de la Terapia Ocupacional en la UCI se identificó que hay más investigaciones sobre la introducción de la Terapia Ocupacional en este servicio en países desarrollados, como Alemania y Estados Unidos. Además, el trabajo en el ámbito hospitalario aún no es una práctica de gran interés para los profesionales en Brasil, y se enfatiza poco en los cursos de pregrado³.

Otro estudio identificó la ocupación y la formación del terapeuta ocupacional en el área de neonatología, que comenzó en 1994, y cuáles son las especificidades. Se observó que predominan los artículos de Estados Unidos. En cuanto a la producción nacional, la mayor parte se identificó en los últimos 12 años, con predominio en el sureste del país⁶.

A pesar de la importancia del terapeuta ocupacional en la UCI y en el tratamiento de los pacientes críticos, todavía hay pocos estudios sobre este tema en el escenario brasileño y hay también desconocimiento por parte de la dirección y el equipo⁷⁻⁸.

Otro estudio sobre la producción de conocimiento de la Terapia Ocupacional en el ámbito hospitalario reveló el esfuerzo por producir materiales que posibiliten el campo de la práctica. Sin embargo, son pocas las producciones que conceptualizan u organizan los datos que fundamentan el campo de acción de la Terapia Ocupacional en este entorno, siendo necesario realizar estudios que presenten la eficacia de las acciones de la Terapia Ocupacional en Ámbitos Hospitalarios⁹.

A pesar de que la atención de Terapia Ocupacional está regulada por el Ministerio de Salud como una intervención para la atención integral e interdisciplinar de los pacientes en la UCI, existe una baja inserción de este profesional en estas unidades, lo que repercute en la escasez de práctica clínica y, en consecuencia, se traduce en una baja producción de conocimiento científico. Este círculo vicioso dificulta la expansión del trabajo de la TO en las UCI⁵, alimentado también por el hecho de que su participación como esencial en el equipo de salud del hospital no está consolidada y aún existen lagunas en cuanto al diálogo entre la terapia ocupacional y la atención hospitalaria¹⁰.

Con el objetivo de presentar evidencias y una mejor comprensión de las acciones realizadas en este escenario, este estudio pretende caracterizar las prácticas de los terapeutas ocupacionales en las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal de enfoque cuantitativo y cualitativo. Los estudios mixtos, como éste, requieren una triangulación de perspectivas, ya que el método cuantitativo tiene el papel de describir, mientras que el cualitativo proporciona medios para explicar eventuales datos, que identifican la intención de los individuos en relación con la práctica analizada¹¹, buscando la expresión de la realidad a partir de la descripción, comprensión y explicación de las prácticas estudiadas¹²⁻¹³.

Los participantes en la encuesta fueron terapeutas ocupacionales que trabajaban en UCI neonatal (atención a pacientes ingresados con edades comprendidas entre 0 y 28 días), pediátrica (atención a pacientes con edades comprendidas entre 29 días y 14 o 18 años) y pediátrica mixta (atención a pacientes neonatos y pediátricos en la misma habitación, sin embargo con separación física entre los entornos de la UCI Pediátrica y UCI Neonatal)¹, cuyo criterio de selección fue tener una experiencia mínima de seis meses en la práctica en unidades de cuidados intensivos.

El instrumento utilizado fue un cuestionario, basado en la revisión bibliográfica sobre el tema⁶⁻⁹, estructurado en una plataforma virtual, previamente probado para evaluar su precisión y funcionalidad.

Las preguntas, abiertas y cerradas, contenían temas relacionados con la caracterización y las prácticas de la terapia ocupacional en las unidades de cuidados intensivos. Así, la primera parte incluía preguntas relacionadas con el perfil profesional, tales como: edad; sexo; tiempo de trabajo en el hospital; tiempo de trabajo en unidades de cuidados intensivos; carga de trabajo; entre otras. La segunda parte consistía en preguntas más directamente relacionadas con la actuación, como por ejemplo: *¿Cuál es el perfil de los pacientes que atiende? Describa las principales demandas que surgen para su trabajo; Especifique, lo más detalladamente posible, las acciones que desarrolla; Describa su rutina en la UCI*, entre otras.

La recogida de datos se realizó entre octubre y diciembre de 2017, realizándose la invitación a los participantes a través de las redes sociales, en grupos específicos de Terapia Ocupacional Hospitalaria. En el mensaje de invitación se facilitaba el enlace que daba acceso al cuestionario.

El análisis se realizó mediante estadística descriptiva simple y análisis temático. Los datos cuantitativos se presentan de forma descriptiva en cuadros univariantes, con el fin de identificar la incidencia de las variables estudiadas¹¹. Para los datos cualitativos, surgidos de las preguntas abiertas, se realizó un análisis de contenido temático, con el fin de obtener conocimiento sobre el conjunto, tras la codificación de cada respuesta.

Los participantes necesitaron expresar la aceptación del Término de Consentimiento Libre e Informado y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidade Federal de São Carlos, según el dictamen número 2.442.335 y desarrollado considerando las normas establecidas por la Resolución 466/12.

RESULTADOS

Caracterización de las participantes de la investigación

Las participantes del estudio fueron 15 Terapeutas Ocupacionales; con postgrado, de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 24 y los 60 años, edad media de 28 años. 7 participantes graduadas en instituciones públicas, con finalización del curso entre 1975 y 2013.

El tiempo medio de trabajo en el entorno hospitalario comprendió aproximadamente 4 años y 6 meses y 4 años y 2 meses en la UCI.

Los lugares de trabajo mencionados fueron: hospitales docentes de nivel terciario, hospitales universitarios en colaboración con organismos públicos, hospitales generales y

hospitales especializados. Los hospitales ofrecían atención 100% por el Sistema Único de Salud (SUS) por 10 profesionales; 100% privada en el caso de dos encuestadas y, parte de atención pública, parte privada en tres entrevistadas. Los tipos de UCI enumerados fueron: Neonatal (6) Pediátrica (10) y Mixta (2), sin embargo, algunas trabajaban en más de una unidad, como la UCI adulto.

En cuanto al horario de trabajo, 12 tenían una carga de trabajo de 30 horas semanales, una de 60 horas semanales, una de 12 horas semanales y otra de 6 horas semanales. En concreto, sobre la carga de trabajo estimada en la UCI, tres participantes informaron de que trabajaban 30 horas en la UCI y una informó de que trabajaba 60 horas, siendo residente en este tema, siete informaron de que trabajaban de 10 a 20 horas y cuatro de que trabajaban menos de 10 horas semanales en la UCI y cuatro participantes informaron de que trabajaban de guardia los fines de semana.

A partir de las descripciones de las entrevistadas, se construyeron cuatro categorías: *Actuaciones del Terapeuta Ocupacional en la UCI; Recursos y técnicas utilizadas por el Terapeuta Ocupacional en la UCI; Formación de los Terapeutas Ocupacionales para trabajar en una UCI; y Percepciones del Terapeuta Ocupacional relacionadas con la rutina de la UCI y el reconocimiento del equipo.*

Actuaciones del Terapeuta Ocupacional en la UCI

Fue posible identificar intervenciones consistentes en facilitar la movilidad temprana fuera de la cama; realización de actividades significativas en la cama, de acuerdo con la demanda del niño; proporcionar estímulos de los aspectos sensomotores; mitigación de los estímulos externos para reducir el comportamiento agitado del niño; posicionamiento en la cama; y, si es necesario, confección de cojines para prevenir deformidades durante el período de inmovilización (Cuadro 1).

También se describieron: prescripción de férulas e intervenciones basadas en las actividades de la vida diaria (AVD); actividades expresivas para el desarrollo cognitivo del niño; acogida de la familia; apoyo a los ejercicios pasivos y activos; prescripción de tecnologías de apoyo (ortesis, adaptaciones para juegos y comunicación complementaria y alternativa (CCA)); entrenamiento funcional para comer y vestirse; movilización temprana; entrenamiento funcional con técnicas para reducir el consumo de energía; adaptación de recursos para la comunicación y objetos de AVD (bolígrafo, tenedor, cuchara y cuchillo) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Intervenciones de los Terapeutas Ocupacionales en UCI Neonatal y Pediátrica. Cuestionario *online*. Brasil, 2017.

Orientación a pacientes y familiares	Intervenciones físicas	Intervenciones cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo y orientación sobre el Método Canguro; • Grupo de actividades con los miembros de la familia; • Acogida; • Escucha terapéutica; • Orientaciones pertinentes para el seguimiento; • Mediación entre los acompañantes y el equipo (en el caso de la UCI pediátrica); • Orientación sobre las posibles alteraciones que se manifiestan en el desempeño laboral del niño; • Orientaciones a la familia sobre el retorno y el entrenamiento de AVD; • Orientaciones sobre el impacto de la hospitalización; • Orientaciones sobre las dificultades del binomio madre-bebé en el desempeño de sus ocupaciones y co-ocupaciones; • Fomento de actividades significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación neuropsicomotora; • Estimulación temprana; • Control del dolor; • Estimulación sensorial; • Evaluación y rehabilitación motora; • Medidas de confort; • Prevención de deformidades; • Colocación adecuada en la cama al cambiar de decúbito; • Mamparas para posicionamiento; • Movimiento pasivo; • Drenaje del edema; • Estimulación de sedestación, ortostatismo y marcha funcional; • Cuidados terminales/paliativos; • Prevención de deformidades musculoesqueléticas; • Entrenamiento de movilidad funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y rehabilitación cognitiva y de salud mental; • Actividades perceptivo-cognitivas; • Actividades lúdicas; • Narración de historias; • Entrenamientos de actividades de alimentación e higiene.

Recursos y técnicas utilizadas por el Terapeuta Ocupacional en la UCI

Las participantes informaron de la importancia de la formación académica para trabajar en una UCI y mencionaron los principales recursos (escalas de desarrollo infantil, recursos lúdicos entre otros) y métodos/técnicas (canguro, integración sensorial y otros) que se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Métodos/técnicas y recursos utilizados por los Terapeutas Ocupacionales en UCI. Cuestionario *online*. Brasil, 2017.

Método/técnica	Recurso
<ul style="list-style-type: none"> • Método Canguro; • Integración sensorial • Teoría Sincrónica Activa. • Bobath; • Kinesiotaping; • Confección y prescripción de ortesis y tecnologías de asistencia; • Posicionamiento en la cama; • Técnicas de facilitación neurológica; • Actividades para orientación temporal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalas de desarrollo infantil; • Desarrollo de recursos lúdicos, gráficos, artísticos y electrónicos; • Talaflix; • Uso de <i>pendrives</i> y portapapeles; • Ropa básica de la UCI; • Juegos; • Libros; • Tablet; • Utilización de juguetes adecuados a cada etapa de desarrollo del niño; • Uso de algodón, gasas, mantillas, almohadas para la estimulación sensorial y el posicionamiento; • Texturas (cepillo de bebé, sonajero de baja intensidad) para estimulación sensorial; • Música; • Uso del contraste y colores vivos para estimulación visual; • Toque humano (toque positivo, masaje y vibración); • Material de papelería (para actividades de grupo); • Materiales engomados; • Material termomoldeable y neopreno (para la confección de ortesis).

Algunas participantes señalaron las particularidades en la elección de las técnicas y recursos a utilizar por el profesional, teniendo en cuenta la población que recibirá las intervenciones:

Depende de cada Centro de Cuidados Intensivos (UCI). En pediatría uso mucho a Bobath.

A la hora de confeccionar ortesis de posicionamiento y ofrecer actividades lúdicas a los niños hospitalizados temporalmente, una de las participantes informa del cuidado que se tiene al utilizar materiales y objetos en una UCI:

En la UCI, debido al riesgo inminente de contaminación, los recursos suelen ser desechables o lavables. Ortesis de posicionamiento, actividades lúdicas cuando el niño está hospitalizado temporalmente, juegos, libros, lápiz, papel, dibujos, tijeras, pegamento, portapapeles, reproductor de DVD portátil, películas, juguetes, cómics, escala rancho, juguetes en el grupo de edad de 1 a 3 años, a condición de que se desechen al final de la atención. El uso de los recursos acaba siendo restringido por el Comité de Control de Infección Hospitalaria (CCIH).

Formación de los Terapeutas Ocupacionales para trabajar en una UCI

Las participantes identificaron los conocimientos y habilidades que se consideran esenciales para que el Terapeuta Ocupacional trabaje en una UCI:

Humanización, escucha, conocimientos clínicos, trastornos neurológicos y desarrollo.

Proactividad; sensibilidad; paciencia; tolerancia; conocimiento del desarrollo del niño y voluntad de aprender con el otro.

Conocimiento del cuadro clínico detallado para evitar que las intervenciones causen daño a los pacientes; conocimiento de los equipamientos de soporte, de lo que significan las señales de alarma y los ruidos; de las constantes vitales, para identificar si su intervención está incomodando o agitando al paciente, entre otros; trabajo en equipo multiprofesional; compromiso y empatía con los pacientes y familiares; estar atento a las necesidades actuales e intervenir según las posibilidades clínicas.

(...) conocimiento de los protocolos, conocimiento de los aspectos clínicos de los pacientes críticos y conocimiento de la ventilación mecánica.

Conocimiento del entorno (equipamientos, recursos, materiales); principales patologías o problemas que afectan a los bebés hospitalizados en la unidad; principales factores de riesgo para el desarrollo; técnicas de estimulación sensorial, manejo, posicionamiento y contención, manejo del dolor, manejo de la lactancia materna, fabricación de ortesis y adaptaciones, entre otros.

(...) conocimientos básicos sobre la dinámica de un hospital y una UCI, conocer el lenguaje y los procedimientos estándar adoptados. Además, es necesaria la actualización constante del profesional y el conocimiento del proceso que vive el paciente y su familia en una UCI, como por ejemplo, para afrontar un pronóstico que puede ser reservado o no y poder, además de asistir al paciente, acogerlo a él y a su familia ante situaciones propias de este entorno.

Una de las participantes señaló la necesidad de que el profesional conozca recursos de bajo coste para realizar adaptaciones:

Conocimiento profundo en recursos de bajo coste, ya que el SUS no ofrece los recursos necesarios (...).

También se enumeraron las técnicas, disciplinas y contenidos en los que deben centrarse los Terapeutas Ocupacionales para trabajar en una UCI:

Evaluación cognitiva, análisis de actividad, evaluación kinesiológica/funcional.

Ortesis, Kinesiotaping, Bobath, Integración sensorial y posicionamiento.

Contexto hospitalario; Cuidados paliativos; Rehabilitación física; Salud mental.

En las disciplinas y especialidades importantes para el conocimiento clínico destacaron:

Fisiología, fisiopatología, anatomía, farmacología, emergencia clínica, capacidad de saber aspirar a un paciente en una emergencia, saber actuar en una emergencia (parada cardíaca, rodadura, síncope, por ejemplo), manteniendo la calma y, si es necesario, liderar un Paro Cardiorrespiratorio - PCR.

TO en el hospital, TO en neurología, TO en cuidados paliativos, comunicación de malas noticias.

Neurología, traumatología y ortopedia.

Fisiología, fisiopatología, anatomía, farmacología, urgencias, cardiología, neurología, hepatología, nefrología, entre otras.

Percepciones del Terapeuta Ocupacional relacionadas con la rutina de la UCI y el reconocimiento del equipo

Se señala la lectura de la historia clínica o de la prescripción, la conversación con el equipo, la preparación de los recursos, la atención y el registro de las acciones, como se describe a continuación:

Búsqueda activa, lectura de historias clínicas, identificación de casos legibles, asistencia y registro en historias clínicas.

Atiendo por interconsulta, no atiendo si el paciente está durmiendo o comiendo. Empiezo con la estimulación táctil y propioceptiva, luego la línea media y la alineación.

Verificación de la historia clínica, búsqueda activa, evaluación, ingreso al servicio de Terapia Ocupacional, atención individual y grupal en el caso de enfermeras.

Verifico las prescripciones y las historias clínicas de los pacientes prescritos. Hablo con la Enfermera o Médica de guardia de la unidad para saber si hay pacientes con restricciones.

Hago la asepsia de las manos para entrar en la cama con los equipamientos de protección individual (EPI) necesarios, realizo la atención, al final de todos los cuidados, desecho el EPI utilizado, hago la asepsia de las manos y cierro documentando los cuidados en documento electrónico. Y así sucesivamente.

Valoración del cuadro clínico general, cuidados del paciente y acompañante (en el caso de la UCI pediátrica), orientación y posicionamiento en la cama, prescripción y evolución de la actuación.

También hay profesionales que no presentan una secuencia fija en su rutina de trabajo, identificando nuevas posibilidades de asistencia:

Trabajo en neonatología, que incluye la UCI, UCINCO, UCINCA y follow up. Además de la neonatología, también asisto a algunas mujeres y bebés en la sala de maternidad - alojamiento compartido. No tengo un solo sector o habitación, no tengo una rutina fija. En este momento presto más atención a UCINCO y UCINCA. También hay una demanda mucho mayor por parte del equipo multiprofesional para TO en estos espacios, porque los bebés ya están más estables y aceptan mejor el manejo y la estimulación; para incentivar más el canguro; para trabajar al alta hospitalaria. Son sectores de mayor permanencia y participación de las madres, posibilitando el trabajo con el binomio, mejorando su vinculación y desempeño en las co-ocupaciones.

Una participante destaca la diferencia en la rutina de cada unidad y, en general, enumera las actividades que realiza en una UCI:

Cada UCI en la que trabajo tiene rutinas diferentes, pero en general, llego, hago la parte burocrática, luego veo quién ha sido admitido al amanecer, luego empiezo los cuidados de la mañana, luego evoluciono a los pacientes. Por la tarde se hace el "round" y luego se conversa con los familiares junto con los médicos y luego otras consultas, evolución y reunión.

En el escenario de la UCI se describió la necesidad de implicación con los miembros del equipo, lo que potencia el papel del profesional:

(...) lo entienden como una parte esencial del proceso de recuperación de la salud del niño.

(...) informan que saco al paciente de la cama, lo hago mover.

Cada equipo tiene una comprensión diferente, pero el equipo de fisioterapia y logopedia siempre apoya todo lo que hago. A veces los médicos de la UCI no pueden entender, pero saben que es importante.

Por otro lado, se identificaron discursos que revelan percepciones del TO en relación con la poca comprensión por parte de algunos miembros del equipo respecto al trabajo realizado. Así, entre los principales retos mencionados para trabajar en el área, se encuentra el desconocimiento de la profesión por parte de otros profesionales y, en consecuencia, un sentimiento de desvalorización:

Al personal de enfermería le cuesta entender y aceptar la actuación.

(...) la mayoría desconoce la profesión y la necesidad del profesional en el servicio.

No siento una valoración efectiva.

Algunos profesionales lo entienden, otros siguen pensando que sólo jugamos con los niños para pasar el tiempo.

A pesar de ello, el reconocimiento de la profesión en la zona se ha intensificado:

La inserción del TO en esta Unidad es todavía muy reciente (llevo aproximadamente 8 meses en esta UCIN, y la entrada del TO en la unidad neonatal fue bastante delicada e incluso lenta), pero el equipo parece entender cada día mejor la contribución de este profesional en el equipo. Las demandas han crecido, se han establecido asociaciones con profesionales del equipo multidisciplinar, se ha conquistado el espacio. Observo que la mayoría de los que reivindican el papel del TO o se expresan sobre este profesional lo vinculan a la calidad de vida y a la protección y estimulación del desarrollo.

DISCUSIÓN

Se observa que existe una limitación en la literatura que describe el papel del Terapeuta Ocupacional en la UCI que contribuye a la eficacia de la Terapia Ocupacional y que discute explícitamente las intervenciones en el área. En este sentido, considerando que existe poca evidencia científica sobre el tema³, este estudio tuvo como objetivo contribuir a dilucidar las intervenciones de terapia ocupacional realizadas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y aclarar el papel del Terapeuta Ocupacional a partir de los resultados encontrados, que muestran algunas de las prácticas realizadas por este profesional.

Los resultados muestran que el Terapeuta Ocupacional puede ayudar en la atención que se presta en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que entre las propuestas terapéuticas descritas se encuentran la estimulación motora, cognitiva, sensorial, emocional y social, con habilidades y conocimientos específicos que pueden favorecer la prestación de cuidados neonatales y pediátricos al paciente y su familia. Se constata que la Terapia Ocupacional tiene que aportar en relación con la UCI Neonatal y Pediátrica; y, en la perspectiva de la integralidad, se requiere la incorporación de prácticas que incluyan los aspectos emocionales y sociales además de los biológicos¹⁴.

También se señala la reducción del tiempo de hospitalización y recuperación del individuo, así como la intervención en las secuelas adquiridas durante este periodo o debido a la patología. Se ha defendido que la atención neonatal y pediátrica debe ser precoz, buscando una atención adecuada a los trastornos presentados³⁻⁵.

De las encuestadas, una parte trabaja en UCI Neonatal y Pediátrica de forma concomitante con UCI Adulto, lo que dificulta el desarrollo de un perfil especialista, además de limitar el trabajo por las diferentes exigencias. La actuación práctica en varios ciclos vitales también requiere conocimientos y habilidades diferentes.

La ausencia de instrumentos de evaluación específicos se convierte en un factor que dificulta el proceso de reconocimiento de la especificidad del Terapeuta Ocupacional, que se informó en relación con el equipo, así como los indicadores que favorecen la producción de evidencia sobre la eficacia de la profesión.

Este contexto dificulta la defensa del profesional como miembro obligatorio de los equipos intensivos, así como las producciones científicas en el área que apoyan el desempeño profesional en estos sectores. Los estudios demuestran que las acciones del Terapeuta Ocupacional han demostrado tener poca especificidad, lo que implica una comprensión reduccionista de su trabajo por parte de los demás profesionales de la salud y de la población¹⁵⁻¹⁶. Un estudio indica que el conocimiento y la concienciación sobre las acciones del terapeuta ocupacional son esenciales para proporcionar una atención de calidad a los pacientes y para la satisfacción de esta categoría profesional¹⁶.

Los participantes que trabajan en las UCI neonatales y pediátricas utilizan técnicas y recursos que pueden emplearse con diversas poblaciones y contextos, sin diferenciación significativa entre bebés, niños y adultos. Se destacaron acciones específicas como el Método Canguro y las escalas de desarrollo, sin embargo, no se mencionó el uso de escalas sistematizadas dirigidas a esta fase de la vida (neonatal y pediátrica). Es decir, los datos

mostraron ser generalistas, un factor que requiere más investigaciones con otras metodologías para alcanzar y evaluar mejor las especificidades.

La integración sensorial se mencionó como una práctica especializada utilizada por las participantes. Esta técnica se considera esencial y está dirigida a los bebés pretérminos de alto riesgo que suelen presentar futuros problemas sensoriales de procesamiento, así como se centra en la capacidad del niño para procesar el impulso sensorial, con el objetivo de mejorar las capacidades de desempeño mediante las experiencias sensoriales que se le ofrecen en el entorno en el que vive¹⁷.

La Teoría del Desarrollo Sincrónico Activo propuesta por Heidelise Als en 1986 hace hincapié en el cuidado más humanizado de los recién nacidos y esboza formas de observar el funcionamiento del cerebro del bebé mediante la observación de su comportamiento¹⁸.

Se mencionaron incipientemente los registros en las historias clínicas referidos a las intervenciones terapéuticas ocupacionales. La historia clínica es un valor documental que permite el acceso a las prácticas y conocimientos utilizados por la categoría profesional, y la ausencia de estos registros puede llevar a una falta de claridad del profesional sobre su propia actuación, así como dificultar la comunicación con el equipo¹⁹. Así, es importante el registro en las historias clínicas, lo que puede favorecer la comunicación entre el equipo, siempre que dichas notas sean concisas y muestren los resultados obtenidos; hecho que sugiere mayores investigaciones centradas en el contenido de las historias, con el fin de explicar las acciones realizadas, no sólo desde el informe oral del profesional, sino también desde su registro escrito.

Asimismo, poco se mencionó sobre las condiciones de terminalidad o irreversibilidad de la enfermedad, sobre los métodos o recursos acordes con la capacidad de comprensión y asimilación por parte de los niños pertenecientes a su universo infantil.

En el escenario de la práctica, los Terapeutas Ocupacionales enfrentan barreras para iniciar el tratamiento disponible, especialmente el desconocimiento de la actuación de este profesional por parte de otros miembros del equipo, posibilidades de inserción en la gestión hospitalaria, así como la poca o inexistente movilización de los consejos y organismos de inspección responsables del cumplimiento de las normas y resoluciones establecidas⁸. Un estudio identificó que la actuación de los Terapeutas Ocupacionales es fundamental para garantizar la oferta de una atención integral, holística y de calidad²⁰.

Las acciones de Terapia Ocupacional pasan por la aplicación y uso de tecnologías duras, comunes al entorno de una unidad de cuidados intensivos, pero también por el uso de tecnologías blandas, relacionales, muy propias de la profesión. Este hecho puede ser difícil de

traducir en la actuación del profesional, cuando se basa en la atención al individuo como ser indivisible.

CONCLUSIÓN

El estudio mostró la necesidad de que los profesionales reafirmen la importancia de su papel. Por otro lado, se percibió que la Terapia Ocupacional se ha introducido en la UCI y que otros profesionales reconocen su contribución en los equipos de cuidados intensivos.

Es necesaria una mayor implicación de los TO en las asociaciones de clase, con el objetivo de reforzar el reconocimiento del área por parte de los gestores y otros miembros del equipo, además de la ampliación al área en las ordenanzas ministeriales relacionadas con la población atendida, lo que puede modificar el círculo vicioso de escasez de espacios prácticos que repercute en la limitación de la producción científica y viceversa.

El tamaño de la muestra no permite hacer generalizaciones, por lo que se sugieren futuros estudios que puedan ampliar el conocimiento de la práctica del TO en la UCI, en este caso pediátrica y neonatal.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, 24 fev 2010 [citado en 10 set 2017]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
2. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO nº 371 de 06 de novembro de 2009. Dispõe sobre a alteração do artigo 1º (Reconhecer as seguintes especialidades do profissional terapeuta ocupacional) [Internet]. D.O.U., Brasília, 30 nov 2008 [citado en 10 set 2017]; Seção 1(228):852. Disponible en: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3134>
3. Barbosa FDS, Reis MCS. O papel da terapia ocupacional nas unidades de terapia intensiva – uma revisão de literatura. Revisbrato [Internet]. 2017 [citado en 14 abr 2018]; 1(2):221-39. Disponible en: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4753/pdf>
4. Dittz ES, Rocha LLB. Terapia Ocupacional em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: de Carlo MRP, Kudo AM., organizadoras. Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos. São Paulo: Editora Payá; 2018. p. 311- 328.
5. Franco MP, Kudo AK. Intervenção de Terapia Ocupacional em Unidade de Terapia Pediátrica. In: de Carlo MRP, Kudo AM., organizadoras. Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos. São Paulo: Editora Payá; 2018. p. 329- 349.
6. Matsuo CM. Terapia Ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo. [tese]. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016. 213p.
7. Bombarda TB, Lanza AL, Santos CAV, Joaquim RHVT. Terapia ocupacional na unidade de terapia intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe. Cad Bras Ter Ocup. [Internet]. 2016 [citado en 14 abr 2018]; 24(4):827-35. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0861>

8. Santos CAV. Desafios da Atuação da Terapia Ocupacional junto ao Paciente Crítico – UTI. In: Anais do I Congresso de Terapia Ocupacional em Contextos e Cuidados Paliativos, 2014, Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Revista da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2014. p. 27-28.
9. Santos CAV, De Carlo MMRPC. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup.* [Internet]. 2013 [citado em 14 abr 2018]; 21(1):99-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.014>
10. Galheigo SM. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Rev Ter Ocup.* [Internet]. 2008 [citado em 14 abr 2018]; 19(1):20-8. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i1p20-28>
11. Mertens DM, Bazeley P, Bowleg L, Fielding N, Maxwell J, Molina-Azorin JF, et al. Expanding thinking through a kaleidoscopic look into the future: implications of the mixed methods international research association's task force report on the future of mixed methods. *J Mixed Methods Res.* [Internet]. 2016 [citado em 14 abr 2018]; 10(3):221-7. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689816649719>
12. Freitas HMR, Moscarola J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. *RAE-Eletrônica* [Internet]. 2002 [citado em 14 abr 2018]; 1(1):1-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/raeel/a/nzhrSTzq6Tm4K6sbKx4Gcqs/?format=pdf&lang=pt>
13. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1993 [citado em 14 abr 2018]; 9(3):239-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bgpmz7T7cNv8K9Hg4J9fDb/?format=pdf&lang=pt>
14. 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.* [Internet]. 2006 [citado em 14 abr 2018]; 17(1):42-7. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i1p42-47>
15. Jamnadas B, Burns J, Paul S. Understanding occupational therapy: nursing and physician assistant students: knowledge about occupational therapy. *Occup Ther Health Care* [Internet]. 2009 [citado em 14 abr 2018]; 14(1):13-25. DOI: 10.1080/J003v14n01_02
16. Darawsheh WB. Awareness and Knowledge about occupational therapy in Jordan. *Occup Ther Int.* [Internet]. 2018 [citado em 14 abr 2018]; 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/2493584>
17. Cabral TI, da Silva LG, Martinez CM, Tudella ET. Analysis of sensory processing in preterm infants. *Early Hum Dev.* [Internet]. 2016 [citado em 14 abr 2018]; 103:77-81. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2016.06.010
18. Almohalla L, Guerra RMR. Identificação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo por profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). *Rev Ter Ocup.* [Internet]. 2011 [citado em 14 abr 2018]; 22(2):117-26. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p117-126>
19. Pelissari DC, Palhares, MS. O registro da intervenção no prontuário pelo terapeuta ocupacional em um ambulatório infanto-juvenil. *Cad Bras Ter Ocup.* [Internet]. 2015 [citado em 14 abr 2018]; 23(4):711-22. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoA00497>
20. Olaoye OA, Emechete AAI, Onigbinde AT, Mbada CE. Awareness and knowledge of occupational therapy among Nigerian medical and health sciences undergraduates. *Hong Kong J Occup Ther.* [Internet]. 2016 [citado em 14 abr 2018]; 27:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.02.001>

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIONES

Danusa Menegat y **Tatiana Barbieri Bombarda** contribuyeron a la concepción, recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim** participó en la recogida y el análisis de datos, la redacción y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

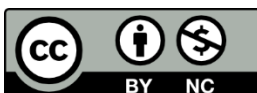
Menegat D, Bombarda TB, Joaquim RHVT. Unidades de cuidado intensivo neonatal y pediátrico: notas sobre la práctica de los terapeutas ocupacionales. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(2):116-130. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

MENEGAT, D.; BOMBARDA, T. B.; JOAQUIM, R. H. V. T. Unidades de cuidado intensivo neonatal y pediátrico: notas sobre la práctica de los terapeutas ocupacionales. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 2, p. 116-130, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Menegat, D., Bombarda, T.B., & Joaquim, R.H.V.T. (2022). Unidades de cuidado intensivo neonatal y pediátrico: notas sobre la práctica de los terapeutas ocupacionales. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(2), 116-130. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons