

Artigo Original

Perfil da atuação terapêutica ocupacional em enfermaria obstétrica de alto risco e no alojamento conjunto

Profile of occupational therapy practice in high-risk obstetric wards and rooming-in units

Caroline Cavalcante Vidal^a , Maria Luísa de Sá Peregrino Arrais^a ,
Naianna Ribeiro Mocelin dos Santos^a , Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino^a ,
Raquel Costa Albuquerque^a , Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales^a , Marina Araújo Rosas^a 

^aUniversidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, PE, Brasil.

Como citar: Vidal, C. C., Arrais, M. L. S. P., Santos, N. R. M., Marcelino, J. F. Q., Albuquerque, R. C., Sales, C. O. C. B., & Rosas, M. A. (2025). Perfil da atuação terapêutica ocupacional em enfermaria obstétrica de alto risco e no alojamento conjunto. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 33, e4050. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.cto412640501>

Resumo

Introdução: A gestação, parto e puerpério são fases de modificações integrais para a mulher e o neonato. A terapeuta ocupacional se insere com atuação contextualizada nas rotinas e ocupações. **Objetivo:** Caracterizar a atuação terapêutica ocupacional na Enfermaria Obstétrica de Alto Risco e Alojamento Conjunto. **Método:** Estudo descritivo do tipo documental de natureza quantitativa, realizado a partir dos registros de atendimento da terapia ocupacional no sistema de prontuários, no ano de 2023. Para coleta de dados utilizou-se instrumento autoral e, para análise, softwares Microsoft Excel, SPSS e Graphpad Prism, utilizando os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** Foram avaliados 308 atendimentos. Dos registros, 30 (17,5%) foram de acompanhamento no período gestacional, 98 (57,3%) no puerpério, 8 (4,7%) na gestação e no puerpério, 2 (1,2%) nos períodos de gestação, puerpério e atendimento ao recém-nascido, e 33 (19,3%) no puerpério e atendimento ao neonato. Das 375 intervenções, a mais frequente entre gestantes foi referente à ocupação de gestão da saúde (39,2%), enquanto no grupo de puérperas foi a amamentação (33%), e com os recém-nascidos foi descanso e sono (60%). Puérperas apresentaram maior necessidade de intervenção em atividade instrumental da vida diária (AIVD), enquanto gestantes nas ocupações lazer e participação social. **Conclusão:** Entre diversas intervenções, a terapia ocupacional oferece apoio materno-infantil, facilitando o desempenho ocupacional e o suporte à saúde.

Palavras-chave: Alojamento Conjunto, Hospitalização, Maternidade, Neonatologia, Saúde da Mulher, Terapia Ocupacional.

Recebido em Fev. 8, 2025; 1ª Revisão em Maio 5, 2025; Aceito em Ago. 5, 2025.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution* (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.



Abstract

Introduction: Pregnancy, childbirth, and the postpartum period are phases of significant changes for both the woman and the neonate. The occupational therapist is involved with a contextualized approach to routines and occupations. **Objective:** To characterize the occupational therapy practice in the High-Risk Obstetric Ward and Rooming-In. **Method:** A descriptive, documentary-type, quantitative study conducted using occupational therapy service records in the patient chart system in 2023. Data collection used an original instrument, and analysis was performed with Microsoft Excel, SPSS, and GraphPad Prism software, utilizing the Chi-square and Fisher's Exact tests. **Results:** A total of 308 services were evaluated. Of the records, 30 (17.5%) were during the pregnancy period, 98 (57.3%) during the postpartum period, 8 (4.7%) during both pregnancy and postpartum, 2 (1.2%) during pregnancy, postpartum, and newborn care, and 33 (19.3%) during postpartum and newborn care. Of the 375 interventions, the most frequent among pregnant women was related to health management occupation (39.2%), while in the postpartum group, it was breastfeeding (33%), and for newborns, it was rest and sleep (60%). Postpartum women showed a greater need for intervention in instrumental activities of daily living (IADL), while pregnant women required support in leisure and social participation occupations. **Conclusion:** Among various interventions, occupational therapy provides maternal-infant support, facilitating occupational performance and health care.

Keywords: Rooming-in Care, Hospitalization, Parenting, Neonatology, Women's Health, Occupational Therapy.

Introdução

A Saúde da Mulher engloba a promoção na melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral em todo o território nacional, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência (Brasil, 2013).

A gestação, parto e puerpério são fases que fazem parte do período reprodutivo onde a mulher está exposta a modificações, exigências, adaptações e reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social. As alterações que ocorrem nesse período específico são subjetivas e singulares. Cada mulher reage diferentemente a novos estímulos e exigências, considerando que essas reações podem depender muito do contexto individual e sociocultural, das circunstâncias nas quais ocorreu a gestação, das relações com os familiares e parceiro, das repercussões que essa situação possa ter desencadeado e da ocorrência de eventos estressantes (Bortoletti, 2007).

Na década de 1980, a Rede Cegonha surge como a primeira das cinco redes temáticas de atenção à gestação, parto e puerpério. Antes dela, não havia um programa de saúde que oferecesse um atendimento integral à gestante e ao bebê. Essas mudanças buscam gerar uma quebra de concepções que levam em consideração apenas o aspecto biológico e reprodutivo da mulher, vindo como uma resposta às reivindicações para mudanças no

modelo de atenção preexistente no Brasil que não tratava as pautas necessárias a esse público com a devida particularidade necessária (Vilela et al., 2021).

Essa estratégia surge com o objetivo de garantir a assistência de mulheres e crianças para que ambas possam experimentar o ciclo gravídico puerperal de forma segura, respeitosa e digna, visto que a gestação e o parto não se trata de um processo de adoecimento e, sim, fisiológico, que representa uma experiência única para toda família e deve ser protegido (Brasil, 2011). Atualmente, a rede vem passando por nova estratégia de reestruturação, com novos investimentos para melhorar nos índices de mortalidade materno-infantil. Para isso, os serviços que acompanham esse público podem contar com diversos profissionais da equipe assistencial para realização desse acompanhamento, incluindo terapeutas ocupacionais.

Segundo estudo de Nascimento et al. (2017), as mudanças corporais causadas pelo estado gestacional influenciam na execução das ocupações. Nesse sentido, a profissional terapeuta ocupacional frente à mulher gestante pode utilizar de diversas estratégias para melhorar no desempenho ocupacional. Dentre elas, encontram-se as abordagens corporais, as trocas de experiências, a educação em saúde, a adaptação de atividades, dentre outros, com fins de modificar e restaurar a capacidade funcional e o desempenho ocupacional na vida cotidiana (Martins & Camargo, 2014).

A terapia ocupacional enfoca sua abordagem na participação e engajamento ocupacional, que se refere à capacidade do sujeito em desenvolver tarefas e atividades que possibilitam a realização de papéis ocupacionais de maneira satisfatória, equilibrada e apropriada. Os papéis ocupacionais são desenvolvidos pelo conjunto de ocupações desempenhadas, identificados pela AOTA, em 2021, no seu Enquadramento da Prática da terapia ocupacional como atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), brincar, lazer, educação, trabalho, sono e descanso, participação social e gestão da saúde. Com objetivo de intervir nas ocupações, pode atuar em diversos níveis de atenção à saúde e públicos, incluindo a saúde da mulher e saúde neonatal.

Após o parto, as primeiras 24 horas apresentam-se como um período vulnerável para o binômio mãe-bebê, visto que está relacionado às mudanças fisiológicas no puerpério da mulher e ajustes fisiológicos da vida extrauterina para o recém-nascido. Por isso, a Organização Mundial da Saúde (2022) recomenda que, para uma experiência pós-natal positiva, o binômio mulher-recém-nascido deve ser o centro dos cuidados com permanência mínima desse período na instituição de nascimento. Trata-se de um momento-chave para promover a saúde, identificar problemas e apoiar a transição para os cuidados com mulheres e bebês, estendendo-se até duas semanas.

Buscando atingir esses objetivos, as instituições que realizam apoio materno-infantil buscam se ajustar ao seu modelo de funcionamento. O Alojamento Conjunto constitui justamente um modelo de sistema hospitalar com diversos requisitos diferenciados. Um dos principais se refere à quando, clinicamente estáveis, mãe e neonato possam estar com apoio profissional e em um mesmo ambiente em contato direto com incentivo pleno à amamentação. Quando implantado esse modelo assistencial, a instituição recebe o título de Hospital Amigo da Criança (HAC) (Brasil, 2016). Dependendo do nível de complexidade, as maternidades podem se configurar também como de Baixo ou Alto Risco.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2022) define Gestação de Alto Risco aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que a média populacional. Esses fatores podem ser inerentes ao estado gravídico ou também doenças infecciosas na gestação, dentre outras causas relacionadas a condições

mórbidas. Com isso, as instituições são referência para o acompanhamento dessas mulheres gestantes que têm maior complexidade na oferta do cuidado, assim como podem apresentar demandas específicas pelo alto risco, paralelas às demandas próprias do período gestacional. Esses aspectos, tanto do período gestacional de baixo risco quanto de alto risco, podem ser trabalhados pela terapeuta ocupacional para promoção da saúde e ampliação do cuidado.

Ainda no contexto do pós-parto imediato, existem demandas que podem surgir de forma específica, a depender da via de parto. Habitualmente, no pós-parto vaginal, não há tantas dificuldades quanto a recuperação no caso de cesarianas. Devido ao processo cirúrgico, essas mulheres enfrentam em sua recuperação obstáculos que impedem um completo desempenho das suas principais ocupações no período imediato à cirurgia, o que pode afetar a satisfação de algumas delas e diminuir sua qualidade de vida. Embora sejam dificuldades temporárias, podem ser acompanhadas pela terapeuta ocupacional e facilitadas para um processo favorável ou não daquela vivência (Medeiros & Marcelino, 2018).

Associadas ao nascimento, as atividades de cuidados com o neonato têm início e, junto com elas, algumas mudanças na rotina. O lugar que a mulher ocupa na sociedade e na orquestração das atividades da família permanece, ainda hoje, vinculado fortemente a cuidar dos filhos, marido e tudo que envolva a vida doméstica. No período inicial do nascimento e puerpério imediato, o protagonismo do binômio se faz presente e é importante que seja valorizado. Contudo, também é um período atravessado fortemente pelos fatores sociais que devem ser considerados para que não haja uma perpetuação da cultura que apresenta a maternidade como um elemento constituinte do ser mulher ou até mesmo um fenômeno inato à feminilidade (Oliveira et al., 2021).

Uma das abordagens da terapia ocupacional nesse contexto diz respeito ao desempenho do binômio (mãe-bebê) enquanto seres que se tornam inseridos em novas atividades (Menegat, 2023). As ocupações envolvidas na maternagem são construídas gradativamente, pessoalmente e intimamente. Iniciando desde o parto, apresentando uma forma, um ritmo, um começo e um fim, e com um significado cultural. Estas podem incluir atividades diversas observáveis ou não diretamente por cuidadores externos (equipe profissional, por exemplo), como o aconchego, brincar, higienizar, olhar, conversar, ler, proteger, tocar, segurar ou registrar momentos, podendo, então, agrupar-se e se relacionar em três ocupações principais: na alimentação, na higiene e nos cuidados com o bebê (Fraga et al., 2019).

Quando há uma gestação de alto risco, as chances do parto de um recém-nascido prematuro e prematuro tardio aumentam, podendo provocar alterações e o surgimento de novos diagnósticos no quadro clínico do recém-nascido. Aspectos como a icterícia neonatal, refluxo, hipoglicemia e amamentação incorreta são comuns e demandam cuidados específicos da equipe de saúde (Costa et al., 2015). Durante esse processo de cuidado, o exercício das ocupações de cuidados com o recém-nascido também pode ser prejudicado, e a terapeuta ocupacional pode auxiliar no desempenho ocupacional do binômio. Além disso, esta pode atuar diretamente no cuidado neonatal, considerando as ocupações do recém-nascido, no contexto de internamento hospitalar, compreendendo os aspectos do processo saúde-doença que podem prejudicar a participação nestas atividades e favorecendo neuroproteção, estímulos e desenvolvimento adequado (Alves & Rabelo, 2022).

Frente a todos esses eventos, às intercorrências e às possibilidades de intervenção com um atendimento especializado desenvolvido pelo terapeuta ocupacional, a TO pode contribuir para o acompanhamento dentro da enfermaria obstétrica de alto risco e alojamento conjunto. Além disso, a atuação desse profissional, no referido contexto,

ainda não foi tão explorada, com poucos terapeutas ocupacionais e pouco difundida no meio técnico-científico. O objetivo deste estudo é, então, caracterizar a atuação terapêutica ocupacional na enfermaria obstétrica de alto risco e alojamento conjunto.

Método

Trata-se de um estudo descritivo do tipo documental de natureza quantitativa, realizado com base em registros de atendimento da terapia ocupacional a pacientes do alojamento conjunto e enfermaria obstétrica de alto risco, no sistema de prontuários de um Hospital Universitário. O serviço onde foi realizada a pesquisa localiza-se no mesmo espaço da instituição e funciona de maneira integrada.

A atenção assistencial é ofertada pela mesma equipe multiprofissional que se dedica aos cuidados com mulheres gestantes, puérperas e recém-nascidos. Atualmente, conta com 30 leitos, 21 destinados ao alojamento conjunto (puérperas e recém-nascidos) e 9 à enfermaria obstétrica de alto risco (mulheres gestantes). É composta por uma equipe com 5 médicos obstetras, 3 médicas neonatologistas, 13 enfermeiras, 32 técnicas de enfermagem, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social com disponibilidade para interconsulta de fonoaudiólogas e fisioterapeutas – quantitativo este que pode ser alterado a depender de escalas e demanda do serviço. Soma-se a esse corpo profissional residentes, acadêmicos e estagiários em processos de formação acadêmica.

O acompanhamento realizado pela terapia ocupacional é atualmente oferecido pela profissional do setor, residentes e acadêmicos em estágio da graduação supervisionados. Os atendimentos ocorrem de segunda a quinta-feira pela profissional do setor e, somado a isso, durante o rodízio mensal distribuído ao longo do ano das residentes no Programa de Saúde da Mulher no Hospital das Clínicas, alguns sábados e feriados inclusos.

Como critérios de inclusão foram utilizados os registros de atendimentos em prontuário de pacientes internadas em 2023, disponibilizados pelo NDC (Núcleo de Documentação Clínica), por terapeutas ocupacionais do serviço, residentes e acadêmicas, no período de janeiro de 2023 a janeiro de 2024. Dentre os critérios de exclusão, estão aqueles registros incompletos do atendimento da terapia ocupacional, sem objetivo de atendimento e descrição da intervenção.

A coleta de dados foi realizada nos períodos de abril a agosto de 2024, por meio dos prontuários de pacientes internadas no alojamento conjunto e enfermaria obstétrica de alto risco. Para coleta, foi elaborado pelas autoras um instrumento de questionário semi-estruturado, produzido à luz de referencial internacional que define e caracteriza as ocupações humanas no âmbito da terapia ocupacional, intitulado como Enquadramento da Prática da terapia ocupacional: Domínio & Processo produzido pela AOTA – Associação Americana de Terapia Ocupacional (Gomes et al., 2021).

Para definição do número amostral mínimo para pesquisa, utilizou-se o Programa Open Epi, na versão 3, gratuito e com código aberto para estatísticas de estudos descritivos e analíticos. O número utilizado como população total foi estabelecido a partir da média de atendimentos esperados realizados pelo serviço de terapia ocupacional no contexto de enfermaria para um turno (6 atendimentos) sendo, assim, replicado ao período de um mês com 4 semanas (120 atendimentos) e um ano (1440 atendimentos). Não foram considerados para soma desses dados o quantitativo de atendimentos de residentes ou estagiárias de graduação, considerando a imprevisibilidade média de

atendimentos, isto é, compreendendo que não há um número definido esperado para além do quantitativo estabelecido pelo serviço. Com esse número de atendimentos, a estimativa de prevalência máxima (50%), erro amostral de 5% e efeito de desenho de estudo de 1, foi considerado como intervalo de confiança 95%, obtendo-se uma amostra final do estudo a ser investigado de 308 evoluções de atendimentos.

A análise dos dados foi realizada por meio da elaboração de uma planilha eletrônica (Microsoft Excel®, versão 2022), na qual todas as ações foram reunidas de acordo com o grupo em que foram aplicadas (mulheres gestantes, puérperas e recém-nascidos) nas áreas de ocupação: AVD, AIVD, gestão da saúde, descanso e sono, trabalho, lazer, participação social e amamentação. As intervenções nas áreas de ocupação foram: educação e treino, ocupação e atividade, *advocacy*, intervenção em grupo, intervenção individual e intervenção de suporte ocupacional. Após tabulação, os dados foram exportados e analisados no software SPSS, versão 26.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) e os gráficos gerados no Graphpad Prism, versão 8.0 (GraphPad Software, San Diego, CA, USA). Para comparação de proporção das ocupações e intervenções realizadas, foi aplicado o teste Qui-quadrado (ou exato de Fisher, quando necessário) acompanhado do teste de razão de chances Odds Ratio (OR). As conclusões foram obtidas considerando diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

Todas as recomendações éticas foram seguidas com base na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, após assinatura da carta de anuência e termo de autorização de uso dos dados. Além disso, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco com o parecer nº 6.753.393.

Resultados e Discussão

Dados de caracterização do público atendido

Foram avaliados prontuários de 171 pacientes, nos quais foi encontrado um total de 308 atendimentos e 375 ações (intervenções). As faixas etárias das mulheres com maior concentração nas evoluções foram de: 36 (21%) de 20-24 anos e 53 (31%) de 25-29 anos. Em relação à escolaridade, um total de 44 (25,7%) possuíam ensino fundamental incompleto, 35 (20,5%) apresentavam ensino fundamental completo, 76 (44,4%) tinham Ensino Médio completo, 9 (5,3%) apresentavam Ensino Superior. As informações de escolaridade de 7 (4,1%) mulheres não foram identificadas. Ainda do total de mulheres atendidas, 78 (45,6%) eram primíparas, 91 (53,2%) multíparas e 2 (1,2%) sem informações sobre número de filhos identificadas.

Em relação ao momento em que o atendimento foi realizado, 30 (17,5%) foram acompanhadas apenas no período de gestação, 98 (57,3%) apenas no período do puerpério, 8 (4,7%) nos períodos de gestação e puerpério, 2 (1,2%) nos períodos da gestação, puerpério e com atendimento ao recém-nascido e 33 (19,3%) no puerpério e com atendimento ao recém-nascido.

Do total de 40 mulheres gestantes atendidas, 1 (2,5%) foi no período do 1º trimestre de gestação, 3 (7,5%) no segundo trimestre e 36 (90%) no terceiro trimestre de gestação. Do total de 139 puérperas atendidas, 32 (23%) tiveram parto vaginal, enquanto 105 (75,6%) tiveram parto cesáreo e 2 (1,4%) pacientes não tinham dados sobre nascimento identificados.

No que se refere ao tempo de gestação dos neonatos do estudo, 139 foram listados, sendo que 120 (86,3%) foram a termo (considerando termo como tempo gestacional a partir de 37 semanas, que configura prematuridade limítrofe) e 12 (20%) pré-termo. Por fim, dos 139 recém-nascidos, 50 (36%) apresentaram icterícia e precisaram de internamento para tratamento. Todos os dados descritos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização de mulheres e recém-nascidos atendidos pela terapia ocupacional na Enfermaria Obstétrica de Alto Risco e Alojamento Conjunto (Recife) 2024.

Características	Pacientes	
Idade (anos ± desvio padrão)	27, 9 (± 6,7)	
	N	%
Faixa de 10 – 14 anos	1	0,6
Faixa de 15 – 19 anos	25	14,6
Faixa de 20 – 24 anos	36	21
Faixa de 25 – 29 anos	53	31
Faixa de 30 – 34 anos	30	17,5
Faixa de 35 – 39 anos	21	12,3
Faixa de 40 – 45 anos	5	3
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	44	25,7
Ensino Fundamental completo	35	20,5
Ensino Médio	76	44,4
Ensino Superior	9	5,3
NI	7	4,1
Número de Filhos		
Primíparas	78	45,6
Múltiparas	91	53,2
NI	2	1,2
Período de Intervenção		
Apenas gestação	30	17,5
Apenas puerpério	98	57,3
Gestação e puerpério	8	4,7
Gestação, puerpério e RN	2	1,2
Puerpério e RN	33	19,3
Total na gestação	40	18,7
Total no puerpério	139	65,0
Total RN	35	16,3
Período de Intervenção em Mulheres Gestantes		
1º trimestre	1	2,5
2º trimestre	3	7,5
3º trimestre	36	90
Via de Nascimento		
Normal	32	23
Cesárea	105	75,6
NI	2	1,4
RN		
A termo	120	86,3
Prematuro	12	8,6
Idade de nascimento NI	7	5,1
Internamento por Icterícia	23	65,7
Número de Intervenções	375	100
Gestação	74	19,7
Puerpério	281	75
RN	20	5,3

RN: Recém-nascidos; NI: Número não identificado; N: Número de pacientes atendidos.

Fonte: Autoras.

A cesariana é uma intervenção cirúrgica necessária em casos específicos em que exista um risco de vida da mulher e do neonato diante do contexto de nascimento. As motivações para sua indicação são seletas e devem ser realizadas com bastante cautela. No Brasil, os valores de nascimentos por via cirúrgica têm permanecido muito acima dos valores estabelecidos como recomendação da OMS (Pereira et al., 2024). Esses dados são alarmantes e devem ser percebidos criticamente pelas maternidades. Quando se refere aos serviços que acompanham gestações configuradas como alto risco e o quantitativo de nascimentos por via cirúrgica, é compreensível que tenha uma maior prevalência, como foi observado na análise dos dados.

Um estudo de Antunes et al. (2020), realizado em um hospital filantrópico e contratualizado ao SUS do sul do Brasil, que também tem o perfil de acompanhar gravidez de alto risco, trouxe um resultado semelhante ao identificado na pesquisa. No período em que foi realizada sua pesquisa, analisando a relação entre o risco gestacional e o tipo de via de nascimento, teve como resultado de sua pesquisa que as taxas do desfecho primário foram parto cesárea (72,8%), aborto espontâneo (0,9%) *versus* parto vaginal (26,2%).

O pré-natal de qualidade e assistência adequada salvam vidas. Contudo, é importante relembrar que, quando mal indicada, a cesariana pode causar infecções, complicações respiratórias neonatais e aumentar a chance de morte materna e fetal (Mascarello et al., 2017). Estudos também mostram que ela está associada a uma alta taxa de prematuridade iatrogênica – que é quando o nascimento é realizado por uma intervenção médica sem indicação clínica, a exemplo da cesária agendada sem justificativa para interrupção, ou com uma idade gestacional incorreta (Oliveira & Carmo, 2018).

Outro tópico identificado na caracterização diz respeito aos neonatos com icterícia. A icterícia, palavra derivada do latim – *icterus* – que significa *amarelo* ou *amarelado*, é uma condição anômala, a qual confere o aspecto amarelado no corpo do ser humano. Esse aspecto é ocasionado pelo excesso de bilirrubina. Nos casos de icterícia neonatal, a principal causa se dá por meio do desenvolvimento incompleto do maquinário hepático e excreção da bilirrubina. Atualmente, a principal forma de tratamento nas maternidades se dá por meio da fototerapia, que consiste na exposição da pele do neonato à luzes específicas, utilizando apenas fralda e óculos de proteção (Moraes et al., 2023). E, quando o serviço possui funcionamento com o modelo de alojamento conjunto, são os pais e/ou mãe e acompanhante que realizam o manejo do recém-nascido com apoio da equipe profissional.

Um estudo de Dias et al. (2022) sobre os fatores associados à necessidade de fototerapia em alojamento conjunto em um serviço que atende mulheres gestantes de alto risco mostrou que recém-nascidos prematuros tardios no alojamento conjunto tiveram aumento em 6 vezes de chance de precisar de fototerapia. A icterícia nesses bebês, além de mais frequente, é mais acentuada e prolongada nos prematuros tardios. Esse dado implica a necessidade de atuação ativa junto às puérperas e recém-nascidos por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados do RN para melhor conduzir o tratamento e evitar complicações futuras, como a síndrome neurológica grave, por exemplo, dentre outras complicações sistêmicas (Bomfim et al., 2021).

Intervenções

Foram analisadas um total de 375 intervenções, sendo 74 (19,7%) delas em mulheres gestantes, 281 (75,0%) em puérperas e 20 (5,3%) em recém-nascidos (Tabela 1).

Das 74 intervenções realizadas no período da gestação, a área de ocupação mais frequente correspondeu à gestão da saúde (39,2%), seguida de participação social (17,6%), lazer (14,9%)

e AVD (13,5%). Das 281 ações realizadas no puerpério, a mais frequente correspondeu à amamentação (33%), seguida por gestão da saúde (28,1%), AIVD (19,9%), AVD (15,7%). Já no caso dos neonatos, foram descanso e sono (60%), seguida por amamentação (40%).

Comparando os grupos de mulheres gestantes e puérperas em relação à área da ocupação trabalhada nas intervenções, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para AIVD, lazer e participação social. O grupo de puérperas apresentou maior necessidade de intervenção em AIVD (OR = 8,3; p < 10-4; IC 95% (2,57-26,57)), enquanto o grupo de mulheres gestantes necessitou de mais intervenções nas ocupações lazer (OR = 7,4; p < 10-4; IC 95% (3,4-15,8)) e participação social (OR = 8,4; p < 10-4; IC 95% (3,8-18,0)). Todos os dados estão descritos detalhadamente na Tabela 2 e discutidos posteriormente.

Tabela 2. Distribuição de ocupações e intervenções por fase de atendimento (Recife) 2024.

Área de ocupação Intervenção	Gestação		Puerpério		RN	
	N	%	N	%	N	%
AVD	10	13,5	44	15,7	-	-
Educação e Treino	8	80	33	75	-	-
Ocupação e Atividade	-	-	1	2,3	-	-
Ocupação e Atividade/ Educação e Treino	2	20	10	22,7	-	-
AIVD*	3	4,0	56	19,9	-	-
Educação e Treino	2	66,7	37	66,1	-	-
Ocupação e Atividade	-	-	3	5,3	-	-
Advocacy	-	-	1	1,8	-	-
Ocupação e Atividade/ Educação e Treino	1	33,3	15	26,8	-	-
Gestão da Saúde	29	39,2	79	28,1	-	-
Ocupação e Atividade	1	3,5	2	2,5	-	-
Educação e Treino	17	58,6	58	73,4	-	-
Intervenção em grupo	2	6,9	1	1,3	-	-
Ocupação e Atividade e Educação e Treino	4	13,8	17	21,5	-	-
Educação e Treino e Intervenção em grupo	3	10,3	1	1,3	-	-
Ocupação e Atividade e Educação e Treino e Intervenção em grupo	2	6,9	-	-	-	-
Descanso e sono	6	8,1	7	2,5	12	60
Educação e Treino	5	83,3	5	71,4	-	-
Ocupação e Atividade	-	-	1	14,3	12	100
Ocupação e Atividade e Educação e Treino	1	16,7	1	14,3	-	-
Trabalho	2	2,7	1	0,4	-	-
Ocupação e Atividade e Educação e Treino	1	50	1	100	-	-
Ocupação e Atividade e Educação e Treino e Intervenção em grupo	1	50	-	-	-	-
Lazer*	11	14,9	-	-	-	-
Ocupação e Atividade	6	54,5	-	-	-	-
Intervenção em grupo	1	9,1	-	-	-	-
Ocupação e Atividade e Intervenção em grupo	4	36,4	-	-	-	-
Participação Social*	13	17,6	1	0,4	-	-
Educação e Treino	1	7,7	-	-	-	-
Ocupação e Atividade	3	23,1	1	100	-	-
Intervenção em grupo	3	23,1	-	-	-	-
Ocupação e Atividade e Intervenção em grupo	6	46,1	-	-	-	-
Amamentação	-	-	93	33,0	8	40
Educação e Treino	-	-	40	43	-	-
Ocupação e Atividade	-	-	4	4,3	8	100
Intervenção em grupo	-	-	1	1,1	-	-
Ocupação e Atividade e Educação e Treino	-	-	41	44,1	-	-
Ocupação e Atividade e Intervenções que Suportam as Ocupações e Educação e Treino	-	-	2	2,1	-	-
Ocupação e Atividade e Educação e Treino e Intervenção em grupo	-	-	2	2,1	-	-
Ocupação e Atividade e Intervenções que Suportam as Ocupações e Educação e Treino	-	-	3	3,3	-	-

*p < 0,05. AVD: Atividade da vida diária; AIVD: Atividades instrumentais da vida diária; RN: recém-nascido; N: número de intervenções.

Fonte: Autoras.

Com base nos referidos dados, foi possível realizar análises específicas, de acordo com as características do público citado e o quantitativo das intervenções por ocupação. Estarão descritos a seguir, em dois tópicos: atendimento materno voltado à discussão dos atendimentos com as mulheres gestantes e atendimento ao binômio.

Atendimento à Mulher Gestante

Um dos primeiros dados investigados foi que, das 171 mulheres atendidas, 78 eram primíparas (45,6%) e 91 multíparas (53,2%). Com as mulheres primíparas, foram 179 atendimentos (48%), enquanto para o grupo de multíparas foram 194 atendimentos (52%).

Dos 179 atendimentos para primíparas, as quatro principais ocupações evidenciadas foram de 48 para amamentação (26,8%), 47 de gestão da saúde (26,3%), 29 para AVD (16,2%) e também 29 de AIVD (16,2%). Com relação às multíparas, foram observados 194 atendimentos e as quatro principais ocupações foram 55 para gestão da saúde (28,3%), 50 para amamentação (25,8%), 28 de AIVD (14,4%) e 20 foram de AVD (10,3%).

Ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa da quantidade de atendimentos relativos às ocupações entre os dois grupos ($p = 0,55$), bem como não houve diferença do tipo de ocupação utilizada em cada grupo. Isto é, independentemente da quantidade de filhos, as mulheres podem necessitar do suporte para seu desempenho ocupacional. Um estudo de Vivian et al. (2013) trouxe que a chegada do segundo filho é uma nova forma de exercer a maternidade, por vezes com comparações entre o primogênito mas, também, diferenciações únicas no gestar e parir. A cada mulher, mãe e a cada filho, uma história.

A escolaridade também foi um dos fatores que não influenciou para o entendimento da gestão da saúde dentre as mulheres atendidas (Tabela 1), pois a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa ($p = 0,366$). Podemos interpretar esse aspecto ao considerar a especificidade que a gestação possui especialmente na gestação de alto risco, o que se torna mais comum para profissionais da saúde do contexto o entendimento do manejo dos processos de saúde. Isto é, uma formação de nível médio ou superior não necessariamente predispõe maior informação nas áreas de conhecimento envolvidas no processo de saúde materno-infantil. Assim, podemos até vislumbrar exemplo de profissionais de outras áreas do conhecimento, como direito, tecnologia e informação, que podem apresentar esse tipo de demanda pelo distanciamento de sua área do conhecimento.

Contudo, apesar deste resultado não ter se mostrado expressivo, é importante recordar, segundo o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco (Brasil, 2022), que a baixa escolaridade pode representar um fator de risco para a gestação, pois é ligado ao menor acesso à informação.

No puerpério, tendo a cesariana como via de nascimento, paralelamente aos aspectos fisiológicos esperados pelo pós-operatório imediato, também foi possível observar com os dados obtidos um comprometimento significativo à funcionalidade e ao desempenho ocupacional das mulheres. Sendo assim, esta é uma repercussão importante, que reflete no manejo de diversas ocupações da rotina na primeira semana pós-nascimento.

Para interpretação dessas informações, precisamos considerar dois pontos importantes. Primeiro, que são gestantes de alto risco, com uma complexidade diferenciada para vivência do gestar e parir; segundo, que são pacientes internadas, com um contexto afetado pela hospitalização.

Podemos analisar também com esses aspectos outro dado apresentado anteriormente sobre a diferença estatisticamente significativa dentre algumas ocupações (AIVD, lazer

e participação social) quando comparamos as mulheres gestantes e puérperas. Reforça-se que a alteração no perfil das ocupações envolvidas está diretamente relacionada ao período de internação que essas mulheres estão enfrentando.

Um internamento pode acontecer quando há necessidade de suporte mais próximo da equipe de saúde. Contudo, para que seja configurada uma gestação de alto risco, existem algumas características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior e condições clínicas prévias à gestação podem trazer risco aumentado para o desenvolvimento de patologias com potencial de óbito materno-fetal. São consideradas condições individuais e sociodemográficas de identificação de maior risco na gestação atual: idade inferior a 15 anos ou superior a 40 anos; IMC > 40 ou baixo peso no início da gestação (IMC < 18); transtornos alimentares como bulimia e anorexia; e dependência ou abuso de tabaco, álcool ou outras drogas.

Em relação às condições clínicas prévias que enquadram a gestação como de alto risco, podemos destacar: hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus prévio à gestação, tireoidopatias, cirurgia bariátrica, transtornos mentais, antecedentes de tromboembolismo, cardiopatias, doenças hematológicas, nefropatias, neuropatias, hepatopatias, doenças autoimunes, ginecopatias, câncer diagnosticado, transplantes, e portadoras do vírus da imunodeficiência humana (Brasil, 2022).

Outro fator que pode caracterizar uma gestação de alto risco é a história reprodutiva anterior, onde tenha tido algum episódio, como: abortamento espontâneo de repetição, parto pré-termo em qualquer gestação anterior, restrição de crescimento fetal, óbito fetal de causa não identificada, história de insuficiência istmocervical, isoimunização Rh, acretismo placentário, pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome de HELLP (Brasil, 2022).

Além dos fatores prévios e do histórico da gestante, outras intercorrências podem ocorrer e tornar a gestação de alto risco, como nos casos de: síndromes hipertensivas, restrição de crescimento fetal, feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia, oligoâmnio/polidrâmnio, suspeita atual de insuficiência istmocervical, suspeita de acretismo placentário, placenta prévia, hepatopatias, anemia grave ou anemia refratária ao tratamento, suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal, isoimunização Rh, suspeita ou diagnóstico de câncer, transtorno mental e quadros de doenças infecciosas na gestação, como: infecção urinária alta, sífilis, toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (Brasil, 2022).

As gestantes de alto risco podem passar por situações clínicas consideradas de urgência/emergência obstétrica e que são motivos para internação hospitalar, como: vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, anemia grave (Hb ≤ 7 g/dL), cefaleia intensa e súbita, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão, crise hipertensiva (PA $\geq 160/110$ mmHg), sinais premonitórios de eclâmpsia e eclâmpsia/convulsões, hipertermia (temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores, suspeita de trombose venosa profunda, suspeita/diagnóstico de abdome agudo, suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular, prurido gestacional/icterícia, hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), e idade gestacional de 41 semanas ou mais (Brasil, 2022).

Mulheres gestantes de alto risco, que precisam ser hospitalizadas para monitoramento ou para a realização de algum procedimento, frequentemente passam por internações prolongadas. Esse processo interrompe as atividades diárias tanto da mulher gestante quanto de sua família, resultando, muitas vezes, em uma ruptura abrupta e urgente. Tal ruptura

impacta a vida, gerando uma sensação de estranhamento e dificultando a capacidade de se familiarizar com o ambiente, de planejar o futuro e, assim, de se inserir no mundo (Takatori et al., 2004).

Segundo Ribeiro et al. (2024), quando há a chegada do bebê, consolidam-se mudanças significativas naquela mulher e em sua rotina. São mudanças de adaptações físicas, fisiológicas e emocionais. São sentimentos de entusiasmo, alegria, alívio, mas também de desconforto físico, medos e inseguranças. É, então, um período em que a mulher continua precisando de um suporte físico e psíquico, pois segue como um momento muito delicado para o binômio e influencia diretamente a maneira que o relacionamento de ambos pode progredir. Isso nos permite, então, olhar para esse período com mais atenção e entender as particularidades que a terapeuta ocupacional se atenta ao trabalhar com ambos os perfis de pacientes.

Atendimento ao Binômio

Uma das áreas com maior quantidade de intervenções foi a amamentação. Das 78 primíparas acompanhadas, 48 (61,5%) precisaram de atendimento, enquanto as múltiparas, 50 (55%) foram atendidas. Com valores semelhantes, a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,39$; $OR = 0,76$; $IC\ 95\% (0,42-1,44)$). A partir disso, podemos extrair que, com o público do estudo, o ato de amamentar em mães múltiparas não se tornou uma atividade com maior independência para seu desempenho. Esse dado vai ao encontro dos aspectos observados que cada filho, cada binômio, comporta-se de forma única e individualizada. Além disso, compactua com o perfil de gestação de alto risco, o qual, por fatores como diabetes e obesidade, pode interferir na lactação.

Fraga et al. (2019), ao estudarem a construção do que chamam de “co-ocupação materna”, na unidade neonatal, perceberam que a aproximação conjuntamente com o envolvimento significativo e recíproco da mãe e bebê geram grandes repercussões. Dentre as atividades realizadas na unidade que foram apresentadas como co-ocupações, incluem-se a amamentação; desde seu envolvimento na extração manual do leite materno e oferta de dieta via gavagem até o desempenho pleno da ocupação, que é de sucção na mama.

Cardín (2015), ao estudar o desempenho ocupacional de pais de bebês na unidade neonatal, também corrobora esta perspectiva, compreendendo a amamentação como uma co-ocupação humana desempenhada pelo binômio mãe e bebê. Além disso, a amamentação também deve ser incluída no entendimento das co-ocupações e, a partir disso, tornar-se uma das linhas de cuidado da terapeuta ocupacional que atua no contexto neonatal.

O Enquadramento da Prática de terapia ocupacional (Gomes et al., 2021) não inclui a amamentação como uma das 9 ocupações, porém, descreve o funcionamento das co-ocupações como ocupações que são frequentemente partilhadas e feitas com outros, sendo obrigatoriamente aquelas que implicitamente envolvem dois ou mais indivíduos. Desta forma, mesmo que não apresente a co-ocupação de amamentação em sua descrição das ocupações, reconhece a existência do termo de forma correspondente ao que tem sido estudado pelos autores que atuam nos âmbitos da neonatologia e da saúde da mulher. Por este motivo, também foi incluída na análise dos dados a amamentação como parte do grupo de ocupações.

Um estudo de Vidal et al. (2023) apresenta que a amamentação é um dos temas recorrentes de atuação das terapeutas ocupacionais também na Atenção Primária, não restringindo-se ao contexto hospitalar de serviços direcionados ao cuidado materno-infantil. As profissionais que compõem o núcleo de apoio à saúde da família no município referente à pesquisa atuam por

meio de grupos educativos sobre a amamentação e também temas afins, como os cuidados com o bebê e atenção à saúde mental no pós-parto. Isto é, com ações gerais para promoção em saúde ou a facilitação direta sob o prejuízo ocupacional identificado. Um importante resultado também identificado no estudo é que existem dificuldades na realização do acompanhamento por um processo de trabalho pouco ou não sistematizado na rede de saúde.

A literatura nos mostra que variáveis obstétricas como experiência prévia com aleitamento materno, contato precoce pele a pele, uso de bicos artificiais e anatomia mamária influenciaram na prevalência do aleitamento materno exclusivo entre o 7º e 10º dia pós-parto, isto é, trazendo que a multiparidade influencia positivamente no aleitamento materno exclusivo (Pedraza, 2019). Contudo, não foram identificados estudos que trouxessem um recorte que esta pesquisa analisou, considerando os primeiros dias de vida e com mulheres gestantes de alto risco – que, por vezes, perpassam o puerpério imediato de forma diversa.

É fato que, quando analisado quais tipos de intervenções foram realizadas com binômios que tiveram atendimentos na amamentação, 43% (Tabela 2) foi sobre educação e treino da atividade. Observar a forma com que os atendimentos se direcionam para o manejo desta co-ocupação reforça um papel importante que a terapia ocupacional vem exercendo nesse contexto. Um estudo de Pedraza (2019) evidenciou que um dos fatores que influenciaram para as taxas do aleitamento materno estarem aquém do esperado é a dificuldade ou o não acesso no recebimento de informações sobre a amamentação durante o pré-natal.

Além desta análise, o Protocolo de Diretrizes para Alta Hospitalar Pós-Parto de Díades em Amamentação (Hoyt-Austin et al., 2022) destaca a importância de uma abordagem familiar para a amamentação. Essa estratégia visa fortalecer o apoio materno, paterno/parceiro e de outros membros da família, proporcionando um suporte mais eficaz à amamentação, com um nível de evidência e recomendação altamente significativos.

Mesmo sendo positiva a participação deste profissional realizando suporte, percebemos que orientações que deveriam ser realizadas anteriormente ao período hospitalar, por exemplo, na atenção primária, não estão alcançando todas as mulheres e acabam sendo realizadas no puerpério imediato, um período que pode ser de difícil aquisição de muitas informações, primeiros dias pós-parto, e que não se diferencia a multiparidade ou não daquela mulher.

Assim como apresentado pelo estudo de Vidal et al. (2023), citado anteriormente, um artigo de Tomasi et al. (2017) corroborou os resultados identificados sobre as orientações de amamentação realizadas no pré-natal. Este estudo foi o primeiro trabalho dedicado a avaliar aspectos da qualidade da atenção pré-natal prestada na rede básica de saúde em todo o Brasil, e a investigar possíveis iniquidades sociais. Na sua discussão, trouxe dados preocupantes, sendo um deles que mulheres de mais baixa renda receberam menos orientações durante o pré-natal e a proporção de mulheres que receberam todas as orientações previstas para o momento do pré-natal foi de 60,3%. Destas, as orientações sobre amamentação foram as mais oferecidas.

Assim, a amamentação é uma co-ocupação e torna-se uma área de atuação também da terapia ocupacional. Esses profissionais vêm desenvolvendo seu trabalho no alojamento conjunto desta instituição de pesquisa, sendo este um dos principais focos de intervenção. Nesse mesmo sentido de executar as orientações, também se debruçando nos atendimentos com o treino da atividade, auxiliando no manejo das mamas e do neonato. Além disso, é importante reforçar que a amamentação não diz respeito apenas às habilidades e informações maternas e precisa do seu outro ser ocupacional para ser desempenhada: o bebê.

Das 20 ações realizadas com o neonato, as principais foram a amamentação (40%) e descanso e sono (60%). O perfil ocupacional do recém-nascido é composto por atividades

que, em sua maioria, precisam de outra pessoa para ser realizadas, tendo como maior proporção na rotina a alimentação (amamentação), descanso e sono, participação social e o brincar. Por conta disso, o repertório ocupacional do recém-nascido é naturalmente mais restrito e vai ganhando novas ocupações conforme seu amadurecimento e desenvolvimento humano. Contudo, na mesma proporção, se há uma dificuldade no manejo de alguma de suas ocupações, há um grande risco de uma quebra na rotina e que haja uma influência no desempenho das demais atividades (Alves & Rabelo, 2022).

Segundo as mesmas autoras, bebês que apresentam dificuldade para se alimentar/mamar podem apresentar dificuldades para engajar no sono por não estarem completamente saciados. Com baixo engajamento no sono, desperta rapidamente e frustra-se, adquirindo um comportamento irritado. Com irritação, dificulta o manejo dos seus cuidadores para realizar a higiene e assim sucessivamente. Isso também ocorre se o bebê estiver em um ambiente estressante que prejudique sua transição entre os estados de alerta de uma maneira gradual, ou seja, que ocorram de forma abrupta, influenciando seu estado comportamental geral e consequentemente seu desempenho ocupacional.

Por conta desses aspectos, o manejo de cuidados com o RN em fototerapia apresenta diversos desafios, incluindo a manutenção do estado comportamental de calma ou sono para se manter em exposição à luz; orquestração da alimentação do RN; troca de fraldas, dentre todas as outras atividades necessárias. Por vezes, como exemplificado, alguns RNs demonstram uma janela de comportamento que o deixa mais hiperresponsivo, dificultando o manejo dos pais. Esse aspecto foi um dos resultados evidenciados na pesquisa.

Os neonatos que estiveram internados para realização de fototerapia tiveram mães que precisaram de mais atendimentos para favorecer o seu desempenho na gestão da saúde. Ao todo, foram 50 recém-nascidos (36%) realizando fototerapia e 89 (64%) que não precisaram de internamento. Desses 50 recém-nascidos, 42 mães (84%) tiveram atendimento direcionados para o cuidado do neonato em fototerapia. Com isso, houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 10^{-3}$; OR = 7,38; IC 95% (3,17-16,67)) neste quantitativo de atendimentos, o que nos revela uma expressiva participação da terapeuta ocupacional como profissional de referência para auxiliar no manejo das demandas relacionadas.

Compreendendo a ocupação de gestão da saúde de acordo com o Enquadramento da Prática de terapia ocupacional (Gomes et al., 2021) como atividades relacionadas com o desenvolvimento, gestão e manutenção de rotinas de saúde e bem-estar, incluindo autogestão, com o objetivo de melhorar ou manter a saúde para suportar a participação noutras ocupações, podemos inferir que diz respeito também ao cuidado oferecido pelos pais no manejo da fototerapia dentro do contexto de alojamento conjunto. Diferencia-se da AIVD cuidado com o outro na medida em que o gerenciamento da fototerapia repercute diretamente no estado de saúde do recém-nascido.

As puérperas com filhos prematuros em alojamento conjunto também tiveram maior quantidade de intervenções. Dos 139 nascimentos citados, 120 (86,3%) foram partos a termo, enquanto 12 (8,6%) foram pré-termos, e as mães que tiveram partos pré-termo tiveram mais atendimentos na ocupação AIVD de cuidado com o outro ($p = 0,028$; OR = 4,83; IC 95% (1,19-17,05)). Esse dado nos mostra que existem demandas específicas envolvendo a prematuridade que a terapeuta ocupacional esteve atuante em conjunto do binômio.

A prematuridade apresenta diversos pontos importantes a serem considerados, desde o amadurecimento fisiológico, as necessidades específicas de cuidados dos neonatos e também a surpresa com o nascimento precoce da família. Ademais, faz-se necessário olhar diferenciado

para demandas distintas que o contexto solicita. Diferente de um neonato termo, o prematuro apresenta particularidades de cuidados independente do setor em que esteja sendo acompanhado (Unidade de cuidados intensivos ou enfermaria de alojamento conjunto, por exemplo). A terapia ocupacional é uma das profissões que atua neste contexto, por exemplo, empenhando-se no desenvolvimento do bebê pré-termo por meio da estimulação precoce para auxiliar na aquisição de capacidades e habilidades próprias à sua idade (Amarante et al., 2021).

Estratégias Utilizadas nos Atendimentos

Terapeutas ocupacionais entendem a estratégia como um processo de planejamento baseado em uma avaliação minuciosa das capacidades, necessidades e contexto de vida do paciente, abrangendo aspectos físicos, emocionais, sociais e ambientais. A estratégia é utilizada para atingir os objetivos terapêuticos, por meio da seleção de atividades ou adaptações que promovam a reabilitação ou o desenvolvimento das habilidades funcionais do indivíduo. Assim, a estratégia é uma abordagem planejada, adaptável e centrada no paciente, que visa maximizar sua participação ativa nas atividades cotidianas, independentemente de limitações temporárias ou permanentes (Gomes et al., 2021). As principais estratégias, identificadas no presente estudo, estão elencadas na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das ocupações e estratégias da terapia ocupacional na Enfermaria Obstétrica de Alto Risco e no Alojamento Conjunto (Recife).

OCUPAÇÕES	ESTRATÉGIAS		
	Gestação	Puerpério	RN
AVD	Orientações para o desempenho, treino da atividade, adaptação de tarefa, orientação e treino do acompanhante	Orientações para o desempenho, treino da atividade, adaptação de tarefa, adaptação de equipamentos, orientação e treino do acompanhante	-
AIVD	Grupos educativos de cuidados com o RN	Manejo da rede de apoio, treino das atividades de cuidados com o RN, orientações para estimulação precoce, disponibilização de cartilhas informativas sobre o desenvolvimento infantil	-
Gestão da Saúde	Grupos educativos sobre cuidados com a saúde, psicoceducação, planejamento familiar e reprodutivo, encaminhamentos para serviços de saúde	Orientações para o desempenho, treino da atividade, adaptação de tarefa, adaptação de equipamentos, disponibilização de cartilhas informativas, suporte aos cuidados do RN na fototerapia, encaminhamentos para serviços de saúde	-
Sono e Descanso	Higiene do sono	Higiene do sono	Neuroproteção, e estímulos multisensoriais para aumentar ou diminuir nível de alerta, posicionamento no leito
Trabalho	Planejamento para reajuste de função e rotina no pós-parto, orientação aos direitos trabalhistas	Planejamento para reajuste de função e rotina no pós-parto, orientação aos direitos trabalhistas, encaminhamento para o serviço social	-
Lazer	Disponibilização de recursos como jogos e materiais artísticos, planejamento e vivências culturais	-	-
Participação Social	Pintura gestacional, uso de jogos colaborativos, atividades grupais	-	-
Amamentação	-	Massagem, ordenha, suporte no manejo da mama, aplicação de <i>tapping</i> , confecção de tecnologia assistiva, ajuste de posicionamento, realização de translação	Estimulação sensorial para aumentar nível de alerta, ajuste de posicionamento

AVD: Atividade da vida diária; AIVD: Atividades instrumentais da vida diária; RN: recém-nascido.

Fonte: Autoras.

A prática baseada em evidência auxilia na tomada de decisões que vão do diagnóstico terapêutico ocupacional, passando pelo raciocínio profissional, até o plano de intervenção e estratégias a serem utilizadas. Seu uso pelos profissionais da saúde se configura como uma forma coerente, segura e sistematizada para prover maior qualidade na assistência e otimização dos recursos, alcançando eficácia e relação custo-benefício positiva na prestação de cuidados em saúde (Schneider et al., 2020). Neste sentido, as estratégias adotadas para manejar cada caso clínico é definida pelo profissional que está acompanhando o caso a partir de seu conhecimento técnico e análise individualizada.

O presente estudo teve como objetivo descrever as principais intervenções e estratégias utilizadas por terapeutas ocupacionais na área em questão. Entretanto, vale salientar que o que está apresentado nessa pesquisa só deve ser aplicado por terapeutas ocupacionais devidamente habilitados, mediante avaliação profissional, considerando a singularidade do seu contexto de prática e conciliando sempre as evidências científicas quanto ao seu uso na assistência profissional.

Considerações Finais

Diante dos achados do presente estudo, temos que os principais grupos dentre os atendidos por profissionais de terapia ocupacional são de mães com idade entre 25 e 29 anos, mulheres gestantes com internamento prolongado, recém-nascidos realizando fototerapia (tratamento para icterícia) e binômios com dificuldade para a co-ocupação de amamentação.

As intervenções realizadas foram voltadas para o desempenho ocupacional dos públicos atendidos, principalmente AIVD Cuidado com o outro, Amamentação e a Gestão da Saúde. As estratégias também foram das mais diversas, incluindo atendimentos individuais, grupais, treino da atividade, orientação, produção de equipamentos e produtos. Todas elas foram utilizadas para melhorar o desempenho ocupacional dos pacientes atendidos.

A terapia ocupacional inserida no alojamento conjunto e na enfermaria obstétrica de alto risco desempenha papel no suporte materno-infantil para mulheres gestantes, puérperas e recém-nascidos. Estes profissionais contribuem para o fortalecimento das mulheres no desempenho das suas ocupações nos diferentes contextos e favorecendo as ações de promoção da saúde ampliada.

O estudo apresentou limitações para redação e caracterização da atuação profissional da terapia ocupacional com o respectivo contexto devido. Este fato se deve a não normatização de conceitos e nomenclaturas previamente estabelecidos na literatura da terapia ocupacional. Aspectos envolvendo a interpretação de co-ocupações, as atividades de cuidados com o outro e gestão da saúde foram aqueles menos explorados na literatura, porém, para o seguinte contexto do artigo, tornam-se indispensáveis.

Considerando os aspectos apresentados, sugere-se maior produção na área materno-infantil para reconhecer e fortalecer com a prática baseada em evidência o trabalho das terapeutas ocupacionais com mulheres gestantes, puérperas e neonatos.

Referências

Alves, C. O., & Rabelo, H. D. (2022). *Terapia ocupacional em neonatologia*. Belém: Instituto NUFEN.

- Amarante, I. R., Mendes, A. L. R., Reis, A. S., Santos, I. N., Correia, R. F. O., Braga, A. C. C., & Rocha, A. L. M. A. (2021). Estimulação precoce em bebê pré termo como intervenção da terapia ocupacional. *Revista de Casos e Consultoria*, 12(1), 1-14.
- Antunes, M. B., Rossi, R. M., & Pelloso, S. M. (2020). Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, 1-9.
- Bomfim, V. V. B. D. S., Arruda, M. D. I. S., Eberhardt, E. D. S., Caldeira, N. V., Cavalcante, R. P., Penha, L. S., Abrão, R., Nascimento, F. C., Isoppo, M. C. R., Cardoso, M. Q., Krebs, V. A., Andrade, Q. C., & Pinto, L. V. D. (2021). Clinical repercussions of neonatal ictericus in the premature. *Research, Society and Development*, 10(9), 1-8.
- Bortoletti, F. F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In F. F. Bortoletti, A. F. Moron, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura & R. M. Santana (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 21-31). São Paulo: Manole.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, seção 1. Recuperado em 8 de fevereiro de 2025, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2013). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília. Recuperado em 8 de fevereiro de 2025, de https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Recuperado em 8 de fevereiro de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Manual de gestação de alto risco*. Brasília. Recuperado em 8 de fevereiro de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf
- Cardín, A. D. (2015). *Parent and infant occupational performance in the neonatal intensive care unit* (Doctoral dissertation). St. Catherine University, St. Paul. Recuperado em 8 de fevereiro de 2025, de https://sophia.stkate.edu/otd_projects/2
- Costa, B. C., Vecchi, A. A., Granzotto, J. A., Lorea, C. F., Mota, D. M., Albernaz, E. P., Cardoso, F. A., Pauletto, M. C., Fonseca, S. S., & Barros, T. P. (2015). Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. *Boletim Científico de Pediatria*, 4(2), 33-37.
- Dias, V. S. S., Pelícia, S. M. C., Corrente, J. E., & Rugolo, L. M. S. S. (2022). Icterícia neonatal: fatores associados à necessidade de fototerapia em alojamento conjunto. *Residência de Pediatria*, 12(3), 1-6.. <http://doi.org/10.25060/residpediatr-2022.v12n3-459>.
- Fraga, E., Dittz, E. S., & Machado, L. G. (2019). A construção da co-ocupação materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 91-104. <http://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1125>.
- Gomes, D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). *Enquadramento da prática da terapia ocupacional: domínio & processo* (4. ed.). Leiria: Politécnico de Leiria.
- Hoyt-Austin, A. E., Kair, L. R., Larson, I. A., & Stehel, E. K. (2022). *Protocolo Clínico #2 ABM: diretrizes para alta hospitalar pós-parto de díades em amamentação*. Schaumburg, IL: Academia de Medicina da Amamentação. Recuperado em 8 de fevereiro de 2025, de <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/2-alta-formatado-portuguese.pdf>
- Martins, L. A., & Camargo, M. J. G. (2014). O significado das atividades de Terapia ocupacional no contexto de internamento de gestantes de alto risco. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(2), 361-371. <http://doi.org/10.4322/cto.2014.056>.

- Mascarello, K. C., Horta, B. L., & Silveira, M. F. (2017). Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Revista de Saúde Pública*, 51(105), 1-12. <http://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>.
- Medeiros, T. M. L., & Marcelino, J. F. Q. (2018). Percepção de puérperas sobre o seu desempenho ocupacional no pós-operatório da cesariana. *Cadernos Brasileiros Terapia Ocupacional*, 26(1), 97-109. <http://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0960>.
- Menegat, D. (2023). Co-ocupação e terapia ocupacional: uma revisão integrativa. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 7(1), 1616-1630. <http://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto51178>.
- Morais, M. C., Andrade, V. S. M., Brito, M. M., & Silveira, S. J. S. (2023). A eficácia da fototerapia e suas consequências no combate à icterícia neonatal: uma revisão de literatura. *Facit Business and Technology Journal*, 1(47), 107-136.
- Nascimento, C. R. F., Marcelino, J. F. Q., Lousada, M. L. S., & Facundes, V. L. D. (2017). Ações de terapia ocupacional com gestantes na rotina diária. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 1(5), 556-573. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto10049>.
- Oliveira, A. R. S., & Carmo, J. M. A. (2018). Cesariana: ênfase no cuidado seguro e sensível à mulher e recém-nascido. In K. V. Souza & L. C. Caetano (Eds.), *Saúde das mulheres & enfermagem: temas emergentes* (pp. 38-56). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Oliveira, J. C. O. P., Caires, L. F. B., Jacinto, P. M. S., & Pinto, J. F. (2021). A relação entre as representações da função materna em uma rede social virtual e a experiência de mulheres no processo gravídico-puerperal. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, 14(43), 492-511. <http://doi.org/10.3895/cgt.v14n43.12127>.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo*. Geneva. Recuperado em 8 de fevereiro de 2025, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354560>
- Pedraza, D. F. (2019). Duração do aleitamento materno e sua associação com características maternas e orientações sobre incentivo à amamentação recebidas no pré-natal em unidades básicas de saúde da família de um município do Nordeste brasileiro. Demetra: alimentação. *Nutrição & Saúde*, 14, e43189. <http://doi.org/10.12957/demetra.2019.43189>.
- Pereira, V. B., Reis, S. N., Araújo, F. G., Amorim, T., Martins, E. F., & Felisbino-Mendes, M. S. (2024). Tendência da taxa de cesariana no Brasil por grupo de classificação de Robson, 2014-2020. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(3), e20230099. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0099pt>.
- Ribeiro, K. C. A., Santos, M. M. D., Almeida Carreiro, M., Silva Souza, A., Silva, J. S. L. G., & Cunha Gonçalves, S. J. (2024). Puerpério: os desafios da chegada de um bebê. *Revista Pró-UniversUS*, 15(esp.), 148-153. <http://doi.org/10.21727/rpu.v15iEspecial.3869>.
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis*, 30(2), e300232. <http://doi.org/10.1590/s0103-73312020300232>.
- Takatori, M., Oshiro, M., & Otashima, C. (2004). O hospital e a assistência em terapia ocupacional com a população infantil. In: M. M. R. P. Carlo & M. C. M. Luzo (Eds.), *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares* (pp. 256-277). São Paulo: Roca.
- Tomasi, E., Fernandes, P. A. A., Fischer, T., Siqueira, F. C. V., Silveira, D. S. D., Thumé, E., Duro, S. M. S., Saes, M. O., Nunes, B. P., Fassa, A. G., & Facchini, L. A. (2017). Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(3), 1-11. <http://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.
- Vidal, C. C., Marques, A. L. M., Jucá, A. L., Silva, E. V. D., Gomes, S. D. O. L., Alves, C. K. D. A., & Falcão, I. V. (2023). Atuação da terapia ocupacional com puérperas nas ações do núcleo de apoio à saúde da família. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, 1-16.
- Vilela, M. E. A., Leal, M. D. C., Thomaz, E. B. A. F., Gomes, M. A. S. M., Bittencourt, S. D. A., Gama, S. G. N., Silva, L. B. R. A. A., & Lamy, Z. C. (2021). Avaliação da atenção ao parto e nascimento

nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 789-800. <http://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>.

Vivian, A. G., Lopes, R. D. C. S., Geara, G. B., & Piccinini, C. A. (2013). “Eu fico comparando”: expectativas maternas quanto ao segundo filho na gestação. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 75-87. <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100009>.

Contribuição das Autoras

Caroline Cavalcante Vidal foi responsável pela concepção do estudo, coleta, organização e análise dos dados, redação da discussão e revisão do texto. Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales foi responsável pela orientação em todas as etapas, análise dos dados e revisão até a versão final do artigo. Marina Araújo Rosas foi responsável pela orientação em todas as etapas, análise dos dados e revisão até a versão final do artigo. Naianna Ribeiro Mocelin dos Santos foi responsável pela conceitualização, análise dos dados, redação da discussão e revisão do texto. Maria Luísa de Sá Peregrino Arrais foi responsável pela análise dos dados, redação da discussão e revisão do texto. Juliana Fonsêca de Queiroz Marcelino foi responsável pela análise dos dados, redação da discussão e revisão do texto. Raquel Costa Albuquerque foi responsável pela análise dos dados, redação da discussão e revisão do texto. Todas as autoras aprovaram a versão final do texto.

Disponibilidade de Dados

Os dados que sustentam os resultados deste estudo estão disponíveis com o autor correspondente, mediante solicitação.

Autora para correspondência

Caroline Cavalcante Vidal
e-mail: carolinecvidal.to@gmail.com

Editora de seção

Profa. Dra. Iza Faria-Fortini