

Poliana Silva Morgado

**Influência do Vínculo Pais-Bebê no Desenvolvimento Neuropsicomotor do
Recém-nascido: Conhecimentos e práticas de Fisioterapeutas em Unidades de
Terapia Intensiva Neonatal**

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2019

Poliana Silva Morgado

Influência do Vínculo Pais-Bebê no Desenvolvimento Neuropsicomotor do Recém-nascido: Conhecimentos e práticas de Fisioterapeutas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, orientada pela Professora Doutora Fátima Santos e coorientada pela Professora Doutora Maria da Conceição Manso, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia Materno-Infantil.

Porto, 2019

RESUMO

Introdução: O conhecimento da equipe multidisciplinar em relação à importância do vínculo entre pais e bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) de recém-nascidos (RN) é abordado em poucos estudos, sendo que a inclusão nestes de fisioterapeutas é escasso ou inexistente. O objetivo principal desse estudo é analisar o conhecimento sobre a importância do incentivo ao vínculo pais-bebê no DNPM de RN, identificar as práticas instituídas, e agentes facilitadores/barreiras percebidas por fisioterapeutas que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Metodologia: Estudo observacional, transversal e descritivo realizado com fisioterapeutas das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal da rede pública de uma cidade do Nordeste do Brasil. Recolha de dados utilizando um questionário desenvolvido para o efeito, autoaplicado, com respostas fechadas e abertas. Análise de resultados com recurso a análise de conteúdo (questões abertas) e a análise quantitativa (questões fechadas e abertas pós análise de conteúdo) foi realizada com o software IBM® SPSS® Statistics vs 26.0. **Resultados:** Participaram 42 fisioterapeutas com idade média de 34,3 ($\pm 5,4$) anos, maioritariamente do sexo feminino (95,2%), e 56,7% com especialização/residência na área de neonatologia. A maioria dos participantes sabe “o que é o vínculo”, todos consideram importante incentivar esta relação entre pais e bebês para o DNPM e afirmam estimular a sua formação na unidade onde trabalham pelo menos “às vezes”. As práticas de incentivo ao vínculo mais citadas foram o contato pele a pele (76,2%), o incentivo ao toque (61,9%) e o incentivo para que os pais conversem/cantem com os seus bebês (50%). Os principais agentes facilitadores descritos estão relacionados a equipe multidisciplinar e as principais barreiras também incluem a equipe multidisciplinar, além de condições associadas a dinâmica da UTIN. **Conclusão:** A maioria dos fisioterapeutas tem conhecimento sobre o que é o vínculo e todos consideram importante a formação do vínculo para o DNPM do RN. Todos os participantes referem utilizar vários meios/conduas para incentivar esta relação pais-bebê e identificam a equipe multidisciplinar como principal agente facilitador/barreira deste processo.

Palavras-chave: vínculo pais-bebê; fisioterapia; desenvolvimento neuropsicomotor; recém-nascido; unidade de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

Introduction: The knowledge of the multidisciplinary team in relation to the importance of the bond between parents and babies for the neuropsychomotor development (DNPM) of newborns (NB) is approached in few studies, and the inclusion in these of physiotherapists is scarce or nonexistent. The main objective of this study is to analyze the knowledge about the importance of the incentive to the baby parents' bond in the DNPM of NB, to identify the practices instituted, and facilitating agents/barriers perceived by physiotherapists working in Neonatal Intensive Care Units (NICU).

Methodology: Observational, transversal and descriptive study performed with physiotherapists of Neonatal Intensive Care Units of the public network of a city in Northeast Brazil. Data collection using a self-administered questionnaire with closed and open answers. Analysis of results using content analysis (open questions) and quantitative analysis (closed and open questions after content analysis) was performed with IBM® SPSS® Statistics vs 26.0 software. **Results:** A total of 42 physiotherapists with a mean age of 34.3 (\pm 5.4) years, mostly female (95.2%), and 56.7% with specialization/residency in the neonatology area participated. Most participants know "what the bond is", all consider it important to encourage this relationship between parents and babies for the DNPM and claim to encourage their training in the unit where they work at least "sometimes." The most cited link incentive practices were skin-to-skin contact (76.2%), touch incentive (61.9%) and encouragement for parents to talk/sing with their babies (50%). The main facilitators described are related to the multidisciplinary team and the main barriers also include the multidisciplinary team, in addition to conditions associated with the dynamics of the NICU. **Conclusion:** Most physiotherapists have knowledge about what the link is, and all consider it important to form the link to the DNPM of the RN. All participants refer to using various means/conduits to encourage this parent-child relationship and identify the multidisciplinary team as the main facilitator/barrier agent of this process.

Keywords: parent-baby bond; physiotherapy; neuropsychomotor development; newborn; neonatal intensive care unit.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RN - Recém-nascido

RNT – Recém-nascido a termo

RNPT- Recém-nascido prematuro

IG- Idade gestacional

SNC- Sistema Nervoso Central

DNPM- Desenvolvimento Neuropsicomotor

NIDCAP- Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN

CPP- Contato pele a pele

HPA- Eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por toda proteção, força, coragem, luz, sabedoria, que me impulsionaram quando achei que não fosse capaz; à minha vó Josefa, que mesmo não estando mais neste plano, nunca deixou de me proteger e orientar; aos meus pais, Ione Silva Morgado e José Antônio da Silva Morgado que SEMPRE acreditaram na minha capacidade (até mais do que eu mesma) e torceram por mim; à minha irmã, Laila Morgado, que aceitou embarcar comigo nessa aventura transformadora e dividiu momentos de alegria e incerteza e sempre me apoiou com sua segurança e coragem.

Às minhas orientadoras Professora Doutora Fátima Santos e Professora Doutora Maria da Conceição Manso, sempre pacientes e disponíveis, solucionando as minhas dúvidas, sugerindo o melhor caminho... À toda comunidade acadêmica da UFP. Aos amigos que o mestrado me deu de presente, em especial Leonardo e Aluizio que tornaram os dias em Portugal mais leves e alegres.

Agradeço às colegas Fisioterapeutas Adriana Virgínia Faiçal, Tatiane Falcão, Gabriela Di Fillipo, Isis Veiga, Manuela Fernandes e Carmen Júlia Dell Rey pelo apoio e incentivo durante a pesquisa. Em especial a minha querida amiga e colega Milena Braga Machado que não mediu esforços para me ajudar desde o princípio do trabalho, quando ainda era apenas um projeto. Aos colegas fisioterapeutas que disponibilizaram um pouco do seu tempo para responderem o questionário da minha pesquisa, tornando-a possível.

Aos amigos que mesmo sem perceberem ajudaram compreendendo minha ausência e meu estresse no período da realização deste trabalho, em especial, às amigas Ana Carolina Brasil e Laís Campos que sempre se mostraram presentes e preocupadas com meu bem-estar.

Por fim, meu sincero e profundo agradecimento aos meus pequenos e ao mesmo tempo gigantes pacientes e suas famílias pela oportunidade de servir e amar. Vocês são minha fonte de inspiração e fazem toda dificuldade e esforço terem sentido e valer a pena.

ÍNDICE

I. Introdução.....	1
1. Objetivos.....	3
II. Revisão de Literatura.....	5
1. Vínculo pais-bebê.....	5
1.1 Vínculo pais-bebê no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê saudável...6	
1.2 Vínculo pais-bebê no bebê internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	9
1.2.1 Agentes facilitadores e barreiras no processo de vinculação pais-bebê internados na UTIN.....	12
2. Conhecimento da importância do vínculo pais-bebê em profissionais de saúde.....	14
2.1 Conhecimento do vínculo pais-bebê por parte do fisioterapeuta na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	15
III. Metodologia.....	19
1. Tipo de estudo.....	19
2. Ética	19
2.1. Critérios de inclusão e exclusão.....	19
3. Instrumento de coleta de dados.....	20
3.1. Desenvolvimento do questionário.....	20
3.2 Validação do instrumento de pesquisa.....	21
3.2.1 Validade.....	21
4. Procedimentos.....	21

4.1 Acesso aos participantes.....	22
4.2. Coleta de dados.....	22
5. Processo de tratamento e interpretação dos resultados.....	22
5.1- Análise de conteúdo.....	22
5.2. Análise estatística.....	26
IV. Resultados.....	28
V. Discussão.....	42
VI. Conclusão.....	59
1. Implicações para a prática clínica.....	60
VII. Referências.....	62
VII. Anexos.....	69
1. Parecer do Comitê de Ética.....	69
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
3. Instrumento de coleta (questionário).....	75

Índice de Quadros

Quadro 1-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>O que entende por vínculo pais-bebê?</i> ”.....	23
Quadro 2-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>Você considera a formação do vínculo pais-bebê importante para o desenvolvimento neuropsicomotor de RN internados na UTIN? Descreva.</i> ”.....	23
Quadro 3-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>Quais as condutas ou meios você utiliza para estimular o vínculo?</i> ”.....	24
Quadro 4-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>Quais a formas de avaliar o impacto do estímulo ao vínculo no DNPM de RN internados na UTIN?</i> ”	24
Quadro 5-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>Descreva se é possível estímulo ao vínculo em bebê usando suporte ventilatório.</i> ”	25
Quadro 6-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>Você considera necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI? Comente.</i> ”	25
Quadro 7-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>Na unidade onde trabalha, existe alguma barreira ou dificuldade para o incentivo ao vínculo pais-bebê? Descreva</i> ”	26
Quadro 8-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “ <i>Na unidade onde trabalha, existem fatores facilitadores para o incentivo ao vínculo? Descreva.</i> ”.....	26

Índice de Tabelas

Tabela 1- Descrição (contagem absoluta (n) e relativa (%)) de variáveis que caracterizam a amostra em estudo.....	28
Tabela 2- Relação entre escrever o que entende por vínculo e estatísticas de descritivas relativas aos dados pessoais dos inquiridos, e sua comparação por área de atuação.....	29
Tabela 3- Relação das condutas ou meios que os fisioterapeutas afirmam utilizar para estimular o vínculo pais-bebê com o número que afirmam estimular “sempre” essas condutas.....	30
Tabela 4- Motivos referidos pelos fisioterapeutas sobre a importância do vínculo para o DNPM.....	31
Tabela 5- Motivos para incentivar o vínculo entre pais e bebês e condutas realizadas pelos fisioterapeutas.....	32
Tabela 6- Relação entre a importância dada ao vínculo para o DNPM e a frequência de utilização de meios/condutas para incentivar o vínculo.....	33
Tabela 7- Fisioterapeutas que afirmam existir barreiras para estimulação do vínculo entre pais e bebês.....	33
Tabela 8- Comparação entre os fisioterapeutas que identificaram existir barreiras para estímulo ao vínculo, os que não identificaram e a percentagem de realização de condutas de estímulo a vinculação.....	34
Tabela 9- Identificação detalhada de barreiras/dificuldades citadas pelos fisioterapeutas para incentivo ao vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância.....	35
Tabela 10- Agentes facilitadores para o incentivo ao vínculo entre pais e bebê.....	36
Tabela 11- Associação entre considerar necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI e a existência facilitadores do incentivo.....	38

Tabela 12- Comentários referidos sobre a importância do trabalho em equipe para promoção do vínculo entre pais e bebês.....	38
Tabela 13- Associação entre considerar necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI e a existência de barreiras ao incentivo do vínculo.....	39
Tabela 14- Meios ou condutas citados pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo entre pais e bebês em uso de algum suporte ventilatório.....	39
Tabela 15- Relação entre possuir especialização em Neonatologia e afirmar ser possível o incentivo ao vínculo com RN em suporte ventilatório.....	40
Tabela 16- Avaliação do impacto do estímulo ao vínculo pais-bebê no DNPM.....	40
Tabela 17- Associação entre a forma de avaliar o impacto do vínculo e o que entende por vínculo pais- bebê.....	41

Índice de Figuras

Figura 1- Identificação de barreiras/dificuldades citadas pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância.....35

Figura 2- Identificação de grandes categorias de agentes facilitadores citados pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância.....37

Figura 3- Identificação de todos os agentes facilitadores citados pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância.....37

I. INTRODUÇÃO

O vínculo entre pais e bebês é uma relação de afeto construída desde a vida intrauterina que se fortalece continuamente ao longo da vida e tem caráter essencial para o desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo do bebê (Bowlby, 1982; Klaus e Kennell, 2000; Medina et al., 2018).

A Teoria do Apego¹ descrita por John Bowlby em 1984, refere que a relação construída entre o bebê e seu cuidador é a base fundamental para proteção e desenvolvimento saudável do recém-nascido (RN), pois fornece autoconfiança, conforto, segurança emocional, facilita o aprendizado e as interações sociais (Bowlby, 1989; Ramires e Schineider, 2010; Riechi et al., 2017). Nesse contexto é importante definir que desenvolvimento neuropsicomotor é o processo de mudanças progressivas e complexas que ocorrem no comportamento motor, cognitivo, psíquico e social do nascimento até a idade adulta e que está relacionado com a maturação do Sistema Nervoso Central (SNC), bem como do sistema musculoesquelético e cardiorrespiratório (Burns e MacDonald, 1999; Riechi et al., 2017) e para que ocorra de maneira adequada, o recém-nascido depende do estabelecimento de uma relação afetiva segura com os seus pais (Bowlby, 1989).

O avanço tecnológico permitiu nas últimas décadas, uma grande evolução da medicina perinatal, ciência que abrange os cuidados obstétricos, fetais e neonatais, aumentando consideravelmente a sobrevida dos recém-nascidos, principalmente dos prematuros. A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é o ambiente que possui estrutura física, equipamentos e profissionais especializados para o cuidado adequado desses bebês que ao nascimento, apresentam patologias graves ou condições que oferecem riscos a sua saúde (Segre, 2003; Prado e Vale, 2012).

Porém, ao mesmo tempo que aumentam as chances de vida e trazem esperança de cura, a UTIN pode se apresentar para os pais como um ambiente hostil, por se tratar de um lugar na maioria das vezes desconhecido, repleto de equipamentos e por não poderem

¹ Vínculo e apego serão utilizados como sinônimos no presente estudo.

desenvolver o papel de cuidadores primários, os pais são expostos a altos níveis de ansiedade e estresse, podendo causar inicialmente um distanciamento, pois se sentem impotentes diante da situação do filho que acaba de nascer (Azevedo et al., 2011; Pineda et al., 2018). Diante desses sentimentos, os pais temem uma aproximação, o que pode causar um impacto negativo no envolvimento com seu filho, tão importante para que se sintam capazes enquanto cuidadores e fundamental para o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê (Nóbrega, 2005; Pineda et al., 2018).

Diante da importância do vínculo entre pais e bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor adequado do RN e do impacto na formação dessa ligação essencial causado pelo internamento na UTIN, a literatura descreve algumas maneiras de facilitar esse processo, como a criação de uma relação de confiança entre pais e equipe multidisciplinar, o *holding* (Fleury et al., 2014), o método canguru (Cho et al., 2016), o contato pele a pele, o incentivo precoce da amamentação e a inserção dos pais nos cuidados gerais do bebê foram as condutas mais citadas (Pennestri et al., 2015; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016; Medina et al., 2018).

Assim como existem agentes facilitadores da vinculação entre pais e bebês, existem também algumas barreiras que podem dificultar esse processo. Fatores associados ao ambiente físico e rotinas da UTIN, as dificuldades socioeconômicas dos pais e a gravidade clínica do RN foram descritos como barreiras à formação do vínculo (Browne e Talmi, 2005; Fleury et al., 2014; Pineda et al., 2018).

Diante das barreiras expostas, fica clara a necessidade de conhecimento e atuação direta da equipe multidisciplinar para fomentar o vínculo entre pais e bebês. Porém, poucos estudos abordam o conhecimento da equipe multidisciplinar em relação à importância do vínculo entre pais e bebês e ainda assim, não foram encontrados estudos que abordem, especificamente, o conhecimento da equipe de fisioterapia em relação à importância deste tema (Fleury et al., 2014; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

O presente estudo surgiu a partir da percepção da pesquisadora que, de uma maneira geral, observou pouco incentivo ao vínculo e ao contato pele a pele na UTIN em sua prática clínica, principalmente em se tratando de recém-nascidos em uso de algum suporte ventilatório. Qual o conhecimento dos fisioterapeutas acerca da importância do vínculo pais-bebê para o desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos internados em

UTIN? Quais as suas práticas e agentes facilitadores/barreiras no incentivo ao vínculo pais-bebê?

Pineda et al. (2018) relatam que apesar dos esforços para instituir os cuidados voltados para família, nos Estados Unidos da América foram encontradas uma baixa frequência dos pais nas UTIN o que dificulta o estímulo à formação do vínculo. Esse fato pode ter relação com questões socioeconômicas dos pais (Pineda et al., 2018).

Dada a escassez de pesquisas nesta área, fica clara a importância do presente estudo para a prática clínica do fisioterapeuta que trabalha numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivos

Os objetivos principais do presente estudo foram analisar o conhecimento dos fisioterapeutas sobre a importância do vínculo entre pais e bebês, identificar as suas práticas no incentivo desta relação e identificar os agentes facilitadores/barreiras percebidos pelos fisioterapeutas no incentivo do vínculo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal onde trabalham.

Os objetivos específicos foram:

- Analisar se o tempo de formação acadêmica e atuação na área de neonatologia, bem como se a presença de especialização e atualização na área tem relação com o conhecimento sobre o vínculo pais-bebês;
- Avaliar se o que os fisioterapeutas entendem por vínculo está de acordo com que é definido pela literatura;
- Analisar se ter conhecimento sobre o que é vínculo entre pais-bebês tem relação com o incentivo dessa prática;
- Analisar se considerar importante a formação do vínculo para o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido está relacionado com efetivar essa prática;

- Analisar se considerar importante a formação do vínculo para o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido está relacionado com a frequência que são utilizadas as condutas para incentivar essa prática;
- Identificar quais as condutas utilizadas para promoção do vínculo entre pais e bebês;
- Identificar se existem barreiras/dificuldades para o incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTIN;
- Analisar se o fato de o fisioterapeuta incentivar ou não a formação do vínculo tem relação com a existência de barreiras/dificuldades nas unidades onde trabalham;
- Perceber se o fisioterapeuta tem conhecimento sobre a importância do trabalho em equipe para promoção do vínculo entre pais e bebês;
- Identificar se o vínculo entre pais e bebês é incentivado quando o RN está em uso de suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo) e quais as condutas utilizadas;
- Analisar se o fisioterapeuta identifica o impacto do vínculo entre pais e bebês no desenvolvimento neuropsicomotor do RN e quais os meios utilizam para essa avaliação;

II. REVISÃO DE LITERATURA

1. Vínculo pais-bebê

Vínculo entre pais e bebês é definido como uma relação afetiva singular e duradoura entre duas pessoas, caracterizada por comportamentos como acariciar, beijar, tocar, olhar com a finalidade de manter contato e demonstrar afeto (Klaus e Kennell, 2000). A construção do vínculo é um processo contínuo que tem início durante a gestação, fortalecendo-se ao longo da vida e de caráter essencial para o desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo do bebê (Bowlby, 1982; Medina et al., 2018).

O RN por se tratar de um ser completamente dependente e indefeso, necessita de cuidados especiais para sua sobrevivência, não apenas os cuidados destinados às necessidades fisiológicas, mas também o apoio, aconchego e proteção fornecido pelos pais é fundamental para o desenvolvimento biológico e psicossocial do bebê (Bowlby, 1982). A importância da formação desses primeiros laços afetivos para resultados positivos no desenvolvimento é clara e bastante descrita na literatura (Neu et al., 2013; Marciano et al., 2015).

Mary Ainsworth em 1978, a partir de um experimento que nomeou como “Situação Estranha”, mostrou que a formação do apego depende do vínculo que a criança estabelece com seus pais ou cuidadores e classificou o apego em três categorias: seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente. Posteriormente, uma quarta classificação para o apego foi identificada: o apego desorganizado, atribuída aquelas crianças que não conseguem desenvolver estratégias organizadas de vinculação com seus pais e, portanto, apresentam um maior risco para desenvolver psicopatologias e desordens do desenvolvimento cognitivo, pois as primeiras experiências emocionais são a base para as experiências futuras (Ramires e Schineider, 2010; Riechi et al., 2017).

A Teoria do Apego descrita por John Bowlby em 1984, refere que a relação construída entre o bebê e seu cuidador é a base fundamental para proteção e desenvolvimento saudável do RN, pois fornece autoconfiança, conforto, segurança emocional, facilita o aprendizado e as interações sociais (Bowlby, 1989; Ramires e Schineider, 2010; Riechi

et al., 2017).

1.1. Vínculo pais-bebê no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê saudável

A vinculação entre pais e bebês é um processo contínuo que se inicia desde a gestação e tem influência direta no DNPM do RN. Este é definido como uma sequência de mudanças progressivas e complexas que ocorrem no comportamento motor, cognitivo, psíquico e social do nascimento até a idade adulta e que está relacionado com a maturação do Sistema Nervoso Central (SNC), bem como do sistema musculoesquelético e cardiorrespiratório (Burns e MacDonald, 1999; Riechi et al., 2017).

Apesar de evoluir de maneira geral em uma sequência ordenada de acordo com a idade, o desenvolvimento ocorre com características bem específicas em cada criança, pois sofre interferências biológicas, hereditárias e dos estímulos a que são expostas (Burns e MacDonald, 1999), o que inclui a qualidade do vínculo afetivo que desenvolvem com seus pais (Riechi et al., 2017). Os três primeiros anos de vida correspondem ao período de maior maturação do SNC, no qual os estímulos, principalmente os afetivos, apresentam grande influência. Por isso, a ausência ou o excesso de informações recebidas pela criança nessa fase, implica em risco de lesão com possibilidade de danos irreversíveis (Pineda et al., 2018).

O desenvolvimento do SNC começa ainda no período embrionário entre a terceira e quinta semana de idade gestacional (IG), de forma bastante acelerada através do crescimento de células nervosas. Entre a sétima e vigésima semana de IG ocorre um grande desenvolvimento das células gliais que fornecem sustentação aos neurônios. A partir da décima primeira semana, o cérebro se diferencia em hemisférios direito, esquerdo e cerebelo, aumentando consideravelmente os sulcos cerebrais por volta da décima quarta semana de IG, o que leva ao aumento significativo do córtex cerebral sem aumentar o tamanho do cérebro. No sétimo mês de gestação há uma diminuição da neurogênese, porém devido ao início da mielinização, o SNC continua a se desenvolver de maneira acelerada mesmo após o nascimento (Persaud, 2004; Zomignani et al., 2009).

A aquisição de cada função depende da maturidade da estrutura anatômica

correspondente, não ocorrendo de forma individual. Interferências nesse período seja devido a parto prematuro ou situações que causem diminuição do fluxo sanguíneo cerebral impõe risco ao neurodesenvolvimento e a obtenção de capacidades funcionais (Zomignani et al., 2009).

Segundo a Teoria dos Sistemas Dinâmicos, o desenvolvimento motor ocorre a partir da comunicação entre os subsistemas da criança, o ambiente onde está inserida e o desejo de realizar alguma atividade ou função. O recém-nascido de termo (RNT) e saudável apresenta um predomínio do padrão flexor e uma capacidade de se organizar diante dos estímulos, adquirindo o aprendizado e o controle motor a partir das experiências vividas, das repetições de movimentos (Oberg et al., 2012). Segundo Riechi et al. (2017), o desenvolvimento motor ocorre no sentido céfalo-caudal e próximo-distal, acompanhando o processo de maturação do SNC. Portanto, as intervenções que visam estimular o DNPM devem seguir essa orientação (Riechi et al., 2017).

A Teoria Síncrono-Ativa, criada por Heidelise Als em 1982, analisa o comportamento do bebê de acordo com cinco subsistemas (autonômico, motor, de estados comportamentais, de atenção/interação e regulador), que são interligados e interagem entre si. Durante cada estágio do desenvolvimento, os subsistemas se desenvolvem de forma independente, porém, interagem continuamente um com o outro e com o meio ambiente. Isto significa que o recém-nascido a todo momento busca uma autorregulação entre seus sistemas, de maneira que o funcionamento seja equilibrado e integrado. A desorganização de um subsistema sobrecarrega os outros e influencia negativamente o bebê, levando a um grande gasto energético, assim como a organização de um subsistema gera economia de energia e influencia positivamente os demais, permitindo um equilíbrio no organismo (Als, 1982; Kanagasabai et al., 2016).

O primeiro subsistema a surgir, o autonômico, compreende as funções vitais do RN, e pode ser avaliado através da frequência cardíaca, frequência respiratória, coloração da pele e ritmo respiratório. Alterações nesses parâmetros indicam sobrecarga desse ou dos demais subsistemas gerando um desequilíbrio. O subsistema motor apresenta sinais através do tônus muscular, postura, movimentação voluntária e involuntária, além de expressões faciais (Als, 1982; Santos, 2011).

O subsistema de estados comportamentais pode ser avaliado, segundo Brazelton, a partir

de seis estados comportamentais: sono profundo, sono leve, sonolência, alerta inativo, alerta ativo e choro. O sono profundo é o que mais se assemelha ao estado intrauterino e no qual ocorre maior aprendizado e menor gasto energético. O sono leve precede o sono profundo e guarda relação com o aprendizado e armazenamento de memórias. O estado de sonolência assemelha-se a um estado de entorpecimento com abrir e fechar dos olhos. O estado de alerta inativo corresponde ao momento em que o RN se encontra acordado sem grandes movimentações ativas, porém bastante atento. É o momento mais propício para interação. No alerta ativo o RN também se encontra acordado, porém apresentando movimentação ativas dos membros. O estado de choro traduz alguma situação de incomodo ou angústia do RN e quanto mais intenso for, maiores serão as repercussões nos sinais fisiológicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação), podendo gerar descompensação em outros subsistemas (Als, 1982; Santos, 2011).

O subsistema de atenção e interação refere-se à capacidade do bebê de interagir com os estímulos do meio e reagir com momentos de fixação do olhar, por exemplo. E por fim, o regulador, manifesta-se através das estratégias utilizadas pelo RN para manter-se em estado de equilíbrio e organização, como por exemplo, levar a mão à boca ou apresentar movimentos de sucção. Percebe-se, portanto, que o segredo está em manter o funcionamento desses subsistemas de forma mais harmoniosa e equilibrada possível, pois assim haverá menor gasto energético e impacto positivo na recuperação, sobrevivência e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido internado em UTIN (Als, 1982; Santos, 2011).

O desenvolvimento neuropsicomotor adequado depende do estabelecimento de uma relação afetiva segura entre pais e bebês. Essa relação denominada por Mary Ainsworth em 1978 de apego seguro, e que ainda hoje é considerado um conceito atual, cria o cenário ideal para que a criança explore os ambientes com segurança, se identifique como sujeito e conquiste novas habilidades motoras e sociais, estimulando o desenvolvimento de estruturas cerebrais que possuem relação direta com o aprendizado, inclusive emocional (Bowlby, 1989; Browne e Talmi, 2005).

Quanto mais precoce a ligação entre pais e bebês, melhor a qualidade dessa relação e mais confiante torna-se a criança para desbravar novos ambientes e situações, pois quando estabelecem um apego seguro, percebem que os pais estarão sempre disponíveis em

qualquer situação que necessitem de apoio e aconchego. Sendo assim, a qualidade da interação entre pais e bebês tem relação direta com o desenvolvimento encefálico, cognitivo e emocional do RN (Marciano e Amaral, 2015; Riechi et al., 2017).

1.2. Vínculo pais-bebê no bebê internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O avanço tecnológico permitiu nas últimas décadas, uma grande evolução da medicina perinatal, ciência que abrange os cuidados obstétricos, fetais e neonatais, aumentando consideravelmente a sobrevivência dos recém-nascidos, principalmente os prematuros. A unidade de terapia intensiva neonatal é o ambiente que possui estrutura física, equipamentos e profissionais especializados para o cuidado adequado desses bebês que ao nascimento, apresentam patologias graves ou condições que oferecem riscos a sua saúde. No Brasil, a equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é composta por neonatologistas, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos (Segre, 2003; Prado e Vale, 2012).

Equipamentos cada vez mais avançados de monitorização dos sinais vitais do recém-nascido, equipamentos de ventilação mecânica com modos ventilatórios cada vez mais funcionais, medicação como o surfactante exógeno, métodos de diagnósticos mais sensíveis, entre outros, vem tornando a assistência na UTIN mais especializada e eficiente, diminuindo a mortalidade neonatal (Segre, 2003). A possibilidade do tratamento de bebês de alta complexidade, aumentou a sobrevivência dessas crianças, contudo, houve igualmente o aumento das morbidades tanto respiratórias quanto motoras, principalmente nos recém-nascidos prematuros. Estas morbidades, tem gerado grande impacto na sua qualidade de vida e de toda a família, tornando necessário e imprescindível o aperfeiçoamento prático e científico de toda equipe multidisciplinar envolvida na assistência desse público tão peculiar (Prado e Vale, 2012).

Um bebê é considerado de risco quando alguma condição intrauterina, perinatal e/ou neonatal impõe risco ao seu desenvolvimento físico e mental. Os riscos podem ser de origem biológica como fatores maternos, que aumentam a probabilidade de prematuridade; baixo peso ao nascer; asfixia neonatal; alterações genéticas; patologias associadas ao internamento em uma UTIN; ou de origem ambiental, esses associados ao

ambiente em que vivem, estímulos aos quais estão expostos, nível socioeconômico familiar. Quanto maior for a exposição a esses riscos, mais vulneráveis serão esses bebês a alterações do desenvolvimento (Formiga e Linhares, 2011).

O recém-nascido prematuro (RNPT) de baixo peso é um dos grupos de maior risco para o desenvolvimento. O Ministério da Saúde considera prematuro, todo bebê que nasce antes de completar 37 semanas de idade gestacional e baixo peso, o que apresenta peso inferior a 2.500g ao nascimento. Quanto menor a IG e o peso ao nascimento, mais imaturos são os sistemas, portanto, maior o risco. A necessidade de assistência intensiva neonatal embora essencial, também pode acarretar outras complicações biológicas e psicossociais, já que se trata de um ambiente com estímulos diferentes do intrauterino, ao qual o RNPT não estava preparado (Ministério da Saúde, 2017^a; Formiga e Linhares, 2011).

O ambiente intrauterino é o ideal para o desenvolvimento fetal. A ausência da gravidade promovida pela presença do líquido amniótico e a contenção fornecida pelas paredes uterinas permitem uma movimentação ampla e livre, promovendo uma maturação gradual do sistema osteomioligamentar, bem como do sistema vestibular. A pouca luminosidade e a baixa intensidade dos ruídos, oferecem um ambiente tranquilo, promovendo uma maturação harmoniosa e ao mesmo tempo acelerada de todos os demais sistemas (Sweeney et al., 2010; Chokshi et al., 2013).

O primeiro sistema a se desenvolver é o tátil, seguido ao vestibular, olfativo, gustativo, auditivo e por último o visual que completará sua maturação após o nascimento. Na UTIN, principalmente em situações de nascimento prematuro, essa ordem de desenvolvimento é drasticamente alterada, já que a proteção fornecida pelo útero é substituída por uma incubadora onde existe atuação da gravidade, o ambiente é muito luminoso, bastante ruidoso com pouca estimulação tátil, olfativa e gustativa e muitos procedimentos estressantes e por vezes dolorosos, causando interferência no ciclo do sono e irritabilidade, manifestada através do choro, desorganização postural e alterações dos sinais fisiológicos, como taquicardia, queda da saturação de oxigênio, hipertensão arterial e até mesmo desconforto respiratório. Além disso, todo o estresse e dor causados pelo ambiente e muitos procedimentos, elevam os níveis de cortisol interferindo na neuroplasticidade com conseqüente alteração do aprendizado e a longo prazo do

comportamento (Als, 1982; Altimier e Phillips, 2016).

A imaturidade do SNC, no caso dos prematuros, a necessidade do uso de fármacos para tratamento de RN doentes, ou até mesmo a presença de lesões cerebrais, provocam alteração do tônus dos RN, hipomobilidade e diminuição da qualidade dos movimentos alterando suas experiências motoras e conseqüentemente o desenvolvimento motor (Oberg et al., 2012).

O internamento na UTIN também altera o padrão do sono do RN, causando sustos constantes, irritabilidade, interferências na liberação do hormônio de crescimento que causam alteração na plasticidade cerebral, diminuindo o seu crescimento e causando prejuízos no aprendizado e no armazenamento de memórias. A irregularidade do ciclo sono-vigília interfere na estabilidade das funções fisiológicas do RN, bem como no desenvolvimento encefálico. (Altimier e Phillips, 2016; King e Norton, 2017).

A ação da gravidade, associada a ausência das barreiras criadas pela parede uterina e a hipotonia muscular devido a imaturidade, geram um predomínio do tônus extensor em relação ao flexor e com isso os movimentos são amplos, desorganizados e de grande gasto energético. Na maioria das vezes o RN não consegue por si só realizar ajustes posturais, podendo essa hipomobilidade causar deformidades cranianas, encurtamentos musculares gerando torcicolos, dor e até mesmo alterações nas propriedades viscoelásticas dos músculos, tendões e dos mecanorreceptores que ainda estão em desenvolvimento, interferindo diretamente nas aquisições motoras do bebê. Quanto maior for a gravidade clínica e o tempo de internamento, maiores as repercussões para o desenvolvimento, pois a maior parte do gasto energético é destinada às funções vitais, restando pouca energia para o aperfeiçoamento motor e comportamental (Chokshi et al., 2013; King e Norton, 2017).

Diversos estudos abordam o impacto do internamento na UTIN para formação do vínculo em RNPT, porém, Pennestri et al. (2015), mostraram resultados nos quais RNT que necessitaram de cuidados especializados após o nascimento tiveram mais probabilidades de desenvolver um apego desorganizado do que aqueles que não precisaram dessa assistência. Isso porque o internamento é uma experiência traumática que causa não apenas a separação entre pais e bebês, mas também implica em perdas, sejam elas reais ou imaginárias, como por exemplo o sonho de um bebê saudável com toda família ao

redor (Pennestri et al., 2015).

A primeira hora de vida do RN é relatada por muitos estudos como o momento sensorial mais propício para estabelecimento do vínculo mãe-bebê, portanto, o contato precoce deve ser priorizado em relação a condutas assistenciais que não sejam estritamente necessárias. Em situações de nascimento prematuro ou de intercorrências no momento do parto onde o bebê precisa de cuidados de urgência e posterior transferência para a UTIN, esse momento inicial é prejudicado e pode dificultar a formação do vínculo (Marciano e Amaral, 2015; Riechi et al., 2017).

Além da separação precoce causada pelo parto prematuro ou nascimento de um bebê de termo doente, o internamento na UTIN, apesar de ser necessário para sobrevivência do RN, gera sentimentos contraditórios e estresse nos pais. Ver seu filho envolto por equipamentos, frágil e pequeno, causa medo, incertezas sobre sua sobrevivência e sentimento de culpa, dificultando a aproximação e a formação do vínculo (Nobrega, 2005; Pennestri et al., 2015).

A primeira visita na UTIN é considerada o momento mais difícil para os pais, o medo de perder o bebê, a sua fragilidade, o ambiente altamente tecnológico, os alarmes e a rotina agitada dos profissionais são citados como fatores que tornam o ambiente ameaçador, intensificando o medo e as incertezas. Além disso, o medo de interferir nos suportes que estão sendo oferecidos ou de transmitir infecção para o RN, limitam o contato físico, atrasando a formação do vínculo (Medina et al., 2018). Outro aspecto a ser considerado em relação à construção do vínculo entre pais e bebês é o caráter bidirecional dessa interação, ou seja, assim como os pais possuem sensibilidade para ir ao encontro do RN, esses também possuem habilidades para atrair os pais, como choro, expressões faciais e fixação do olhar, por exemplo. Porém, em situações de gravidade clínica com necessidade do uso de diversos fármacos para seu tratamento, os bebês apresentam pouca ou nenhuma atividade e os pais apresentam, portanto, dificuldade em perceber os sinais oferecidos pelo bebê, fragilizando essa troca de informações e dificultando a vinculação (Neu et al., 2013; Riechi et al., 2017). O mesmo acontece com RNPT que apresentam sinais mais sutis e, portanto, mais difíceis de serem interpretados, diminuindo a responsividade materna e dificultando o apego (Vittner et al., 2017).

1.2.1 Agentes facilitadores e barreiras no processo de vinculação pais-bebê internados na UTIN

Diante da importância do vínculo entre pais e bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor adequado do RN e do impacto na formação dessa ligação essencial causado pelo internamento na UTIN, a literatura descreve algumas maneiras para facilitar esse processo. A presença dos pais na unidade através do acesso livre durante as 24 horas do dia, o toque adequado, o *holding* (Fleury et al., 2014), o método canguru (Cho et al., 2016), o contato pele a pele, o incentivo precoce da amamentação, a inserção dos pais nos cuidados gerais do bebê, a orientação dos pais em relação aos equipamentos, rotinas da unidade e quadro clínico do bebê, foram as condutas mais citadas (Pennestri et al., 2015; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

O Método Canguru foi criado na Colômbia na década de 70, inicialmente para solucionar o problema da falta de incubadoras devido superlotação das unidades neonatais. Posicionar RN prematuros no tórax da mãe em contato direto com a pele, era uma maneira de manter estabilidade da temperatura corporal e reduzir os índices de mortalidade (Santos e Filho, 2016; Jones e Santamaria, 2018). Atualmente, consiste em um programa de atenção humanizada ao RN de baixo peso visando o desenvolvimento neuropsicomotor adequado e incentiva o vínculo entre pais e bebês já que inclui os pais nos cuidados, incentiva a amamentação e o contato pele a pele (Azevedo et al., 2011).

Outros meios também relevantes para incentivo a formação do vínculo, embora menos citados, foram: a criação de uma relação de confiança entre pais e equipe multidisciplinar, pois encoraja, reduz a ansiedade e promove maior participação dos pais no cuidados do bebê (Medina et al., 2018); a criação de uma rede de apoio através da formação de grupos de pais guiados por um psicólogo, pois diminui a angústia através da troca de experiências, soluciona dúvidas, e aproxima os pais da unidade e do seu bebê (Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016); e os programas de intervenções voltadas para a família que incluem os pais como participantes ativos no tratamento do RN (Altimier e Phillips, 2016; Villamizar-Carvajal et al., 2018).

Assim como existem agentes facilitadores da vinculação entre pais e bebês, existem também algumas barreiras que podem dificultar esse processo. O ambiente físico e a rotina agitada das UTIN, os equipamentos, os horários restritos de visitas e as regras do

hospital, a falta de informação e suporte da equipe que gera medo da aproximação, a falta de privacidade, a interrupção contínua dos alarmes e até a falta de preparo da equipe foram citados por alguns autores como barreiras à formação desse vínculo (Fleury et al., 2014; Medina et al., 2018).

Browne e Talmi (2005) e Pineda et al. (2018) descrevem as dificuldades socioeconômicas dos pais como fatores limitantes à vinculação entre pais e bebês. Pais mais jovens, que possuem outros filhos, que não possuem apoio familiar, que muitas vezes não possuem recursos financeiros para se deslocarem todos os dias para o hospital, visitam menos os seus bebês internados e, portanto, possuem mais dificuldades na formação do vínculo (Browne e Talmi, 2005; Pineda et al., 2018).

A gravidade clínica do RN também interfere na formação do vínculo, quanto mais grave o bebê, menor o contato dos pais, devido ao sentimento de impotência e incapacidade de cuidar. Muitos pais se distanciam emocionalmente devido à possibilidade de morte, enfraquecendo o vínculo (Medina et. al, 2018; Pineda et al., 2018).

Diante das barreiras expostas, fica clara a necessidade de conhecimento e atuação direta da equipe multidisciplinar para fomentar o vínculo entre pais e bebês, transformando barreiras em facilitadores.

2. Conhecimento da importância do vínculo pais-bebê pelos profissionais de saúde

A maioria dos estudos abordam a percepção e os sentimentos dos pais em relação ao internamento do seu filho na UTIN e o seu impacto na formação do vínculo pais-bebê. A visão da equipe multidisciplinar em relação à importância dessa relação não é muito descrita.

Twohig et al. (2016) descrevem em seu estudo que a equipe de saúde tem conhecimento sobre a importância do vínculo, porém, o nível de conhecimento a respeito do tema, varia entre as diferentes categorias profissionais e com o tempo de experiência e atuação na área de neonatologia, evidenciando menor conhecimento dos médicos quando comparado aos demais membros da equipe (Twohig et al., 2016). Fleury et al. (2014) e Phuma-Ngaiyaye e Kalembo (2016) também relataram em seus estudos que a equipe de saúde

reconhece a importância do vínculo entre pais e bebês para a recuperação do RN (Fleury et al., 2014; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

A partir da Teoria Síncrono-Ativa, Heidelise Als e sua equipe, no início da década de 80, desenvolveram o NIDCAP (Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN), visando minimizar os impactos negativos da UTIN no DNPM do RN. Ou seja, os cuidados serão realizados respeitando a necessidade e disponibilidade de cada RN, sendo para isso necessário reconhecer cada sinal fornecido por cada subsistema (Als, 1982; Santos, 2011). A observação sistemática antes, durante e após os procedimentos, permitem a compreensão por parte do profissional de saúde dos sinais que indicam a disponibilidade do RN para receber determinada conduta ou para interromper o cuidado caso não esteja conseguindo autorregular-se. Essa é a base fundamental do NIDCAP e do Método Canguru (Sweeney et al., 2010). Nesse contexto é importante ressaltar que o agrupamento de cuidados pode evitar manuseios a todo momento, o que dificulta entrar em estado de sono, mas também pode sobrecarregar o RN e levá-lo a exaustão. Portanto, esses sinais ou pistas fornecidas pelo bebê indicarão até onde irá sua tolerância, ou seja, a sua capacidade de organizar os estímulos recebidos e até mesmo sua capacidade de interação com os pais (Altimier e Phillips, 2016).

O conhecimento da equipe multidisciplinar dos sinais fornecidos pelo RN é necessário para orientar e incluir os pais no cuidado do seu bebê. O reconhecimento desses sinais atrai a atenção dos pais que se sentem mais participativos no cuidado, facilitando a interação e permitindo a formação do vínculo, fundamental para o desenvolvimento neuropsicomotor (Altimier e Phillips, 2016; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

2.1. Conhecimento do vínculo pais-bebê por parte do fisioterapeuta na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A fisioterapia neonatal é uma especialidade relativamente recente e cada vez mais em expansão. No Brasil, o trabalho de fisioterapia nas UTIN iniciou-se na década de 80 e atualmente é respaldada por lei pela Resolução RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. É determinação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ter pelo menos um fisioterapeuta para cada dez leitos de UTI ou fração no turno diurno e noturno (Ministério

da Saúde, 2010; Vasconcelos et al., 2011).

O fisioterapeuta na UTIN tem o objetivo de otimizar a função respiratória e motora do RN. Do ponto de vista respiratório, utiliza condutas que facilitam as trocas gasosas, otimizam a relação ventilação-perfusão, mantem vias áreas permeáveis, diminuem o trabalho respiratório, melhorando a sincronia tóraco-abdominal, favorecem o desmame da ventilação mecânica e da oxigenoterapia, além de prevenir e tratar complicações pulmonares. Do ponto de vista motor, a atuação visa estimular o desenvolvimento neuropsicomotor, minimizando os agravos e tratando possíveis sequelas associadas ao internamento e à separação dos pais (Vasconcelos et al., 2011; Prado e Vale, 2012).

As condutas realizadas para estímulo ao desenvolvimento neuropsicomotor são variadas e devem ser adequadas à necessidade e condição clínica de cada RN, o que inclui idade gestacional corrigida (IGC), peso e organização comportamental que indicam a disponibilidade e estabilidade do bebê para fisioterapia (Sweeney et al., 2010). O posicionamento terapêutico, estimulação tátil cinestésica e estimulação vestibular são as mais citadas na literatura (Arakaki et al., 2015; Oliveira et al., 2015). Porém, estimulação visual e auditiva (Kanagasabai et al., 2016), a hidroterapia (Sharma et al., 2018), o incentivo ao contato pele a pele, mobilização cicatricial e orientação e educação dos pais também são descritas como condutas realizadas pelo fisioterapeuta na UTIN (Chokshi et al., 2013).

A hidroterapia é uma terapia aquática utilizada na UTIN na qual o bebê é imerso pelo fisioterapeuta em um balde padrão, previamente e adequadamente higienizado, preenchido com água aquecida na temperatura entre 36 e 37,5 ° C. A técnica é realizada apenas com o bebê que apresenta estabilidade clínica, estando em ventilação espontânea ou ventilação mecânica, imergindo-o até a região do pescoço pelo terapeuta que realiza o apoio na região cefálica. O objetivo é promover alívio da dor e redução do estresse causado pelo ambiente da UTIN através das propriedades físicas e efeitos fisiológicos gerados pela água aquecida que relembra o ambiente intrauterino. O relaxamento ajuda a prolongar os períodos de sono e conseqüentemente favorece o desenvolvimento (Novakoski et al., 2018).

São muitas as particularidades anatômicas, fisiológicas e comportamentais da população neonatal, exigindo uma assistência especializada e individualizada que leve em

consideração não somente a patologia de base, como também os possíveis e muitas vezes irreversíveis danos neurológicos. Portanto, é fundamental a atuação multidisciplinar para melhor planejamento terapêutico objetivando uma assistência de excelência, sem perder de vista que cada RN é um sujeito único. O fisioterapeuta neonatal como especialista em desenvolvimento planeja suas condutas sem perder o foco na maturação encefálica e organização comportamental do bebê (Prado e Vale, 2012; Arakaki et al., 2015).

Blanchard e Oberg (2015), unindo a Teoria Síncrono Ativa desenvolvida por Heidelise Als em 1982 e os conceitos da fenomenologia, sugere que a observação do bebê seja não somente como corpo físico/biológico, mas também como indivíduo, ou seja, o bebê deve ser visto como participante da fisioterapia e não somente como receptor passivo de condutas. Essa perspectiva pode orientar o fisioterapeuta na sua intervenção, favorecendo o desenvolvimento neuropsicomotor. Isto quer dizer que mesmo existindo objetivo e plano terapêutico, a abordagem do fisioterapeuta será moldada de acordo com os sinais neurocomportamentais fornecidos pelo RN durante cada sessão. Essa interação mútua e contínua do bebê com o terapeuta, facilita as aquisições neuromotoras e evita que ocorra uma desorganização comportamental completa, pois reconhecendo os sinais do RN a sessão de fisioterapia é adaptada de acordo com a sua necessidade, ou interrompida, caso não haja mais disponibilidade do bebê para interação (Blanchard e Oberg, 2015).

O fisioterapeuta neonatal deve através de avaliação criteriosa, identificar situações de risco ou alterações já apresentadas pelo RN e realizar condutas adequadas a cada situação específica com objetivo de favorecer não somente o desenvolvimento respiratório e neuromotor, como também minimizar os efeitos negativos causados pelo internamento na UTIN: distanciamento dos pais, ruídos e luminosidade excessivos, manipulação que causam dor, situações que interferem nas aquisições motoras, cognitivas e psicossociais (Novakoski et al., 2018).

Sweeney et al. (2010), através de uma revisão de literatura recomendam que a atuação do fisioterapeuta na UTIN deve consistir na prevenção de deformidades; avaliação contínua do RN, estando sempre atento a possíveis alterações fisiológicas; intervenção, de acordo com a necessidade apresentada por cada RN e educação dos pais, de maneira que sejam incluídos nos cuidados do seu filho, reduzindo assim o estresse e otimizando os resultados do tratamento (Sweeney et al., 2010).

O fisioterapeuta, como parte integrante da equipe multidisciplinar, deve favorecer com as suas condutas a organização dos sistemas do RN para que ocorra o mínimo de desequilíbrio e conseqüentemente o mínimo de impacto negativo no desenvolvimento do bebê. Uma das maneiras de promover essa autorregulação é através do estímulo ao vínculo entre pais e bebês. A presença, bem como a fala, o toque e o contato pele a pele, como já citado, transmitem segurança, permitem o equilíbrio dos sistemas e protegem o SNC, principalmente durante as condutas que causam dor, como a aspiração de vias aéreas. Além disso, o vínculo protege o RN de alterações psicossociais e de aprendizado que podem acontecer a longo prazo. Porém, nem sempre o vínculo entre pais e bebês é incentivado dentro da unidade de terapia intensiva neonatal pelos fisioterapeutas, prejudicando o equilíbrio e a recuperação dos RN (Brum e Schermann, 2007; Oberg et al., 2012).

Existem vários estudos que abordam o conhecimento e o comportamento dos fisioterapeutas sobre suas práticas em diversas áreas de atuação (Swinkels et al., 2011; Driver et al., 2016; Yorke et al., 2016). Porém, na área de neonatologia, não foram encontradas pesquisas nesse sentido, nem estudos que especificamente abordem o conhecimento da equipe de fisioterapia em relação à importância do vínculo entre pais e bebês. O único estudo encontrado apresentando fisioterapeuta como parte integrante da equipe da UTIN, foi o de Twohig et al. (2016), porém dos cinquenta e sete participantes, apenas um era fisioterapeuta, os demais eram médicos (dezoito), equipe de enfermagem (trinta e três), contando também com um psicólogo, um nutricionista e três assistentes sociais.

Dada a escassez de estudos nesta área, foram objetivos do presente estudo: analisar o conhecimento dos fisioterapeutas sobre a importância do vínculo entre pais e bebês, identificar as suas práticas no incentivo desta relação e identificar os agentes facilitadores/barreiras percebidos pelos fisioterapeutas no incentivo do vínculo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal onde trabalham.

II. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional, transversal e descritivo, com uma parte quantitativa e outra qualitativa, realizado com todos os fisioterapeutas das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal da rede pública de uma cidade do Nordeste do Brasil.

2. Ética

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de um dos hospitais onde o estudo foi realizado, com cartas de anuência dos outros dois hospitais e cadastro na Plataforma Brasil (Anexo 1). Os fisioterapeutas dos três hospitais que participaram da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com base na Resolução 466/12 (Anexo 2). Uma via do TCLE foi entregue ao participante e a outra permaneceu com a pesquisadora.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa foram confidenciais e não foram divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo. Não foi solicitada a identidade dos participantes e os questionários, após o preenchimento, foram colocados em um envelope diferente daquele em que se guardou o TCLE. A localização exata do estudo, assim como a identificação dos hospitais, também foram omitidas no sentido de proteger a identificação dos participantes.

Os participantes não tiveram nenhum benefício direto, nenhum tipo de despesa, bem como nada foi pago por sua participação e tiveram liberdade de a qualquer momento desistir de participar da pesquisa.

2.1. Critérios de inclusão e exclusão

Consideraram-se passíveis de inclusão todos os fisioterapeutas atuantes nas três UTI neonatais públicas existentes em uma cidade do Nordeste do Brasil, UTI que

concordaram em participar da pesquisa. Como critério de exclusão para fisioterapeutas considerou-se estarem afastados por motivos de saúde e estarem de férias no momento de aplicação do questionário.

3. Instrumento para coleta de dados

3.1. Desenvolvimento do questionário

O questionário foi desenvolvido para o efeito com base em uma revisão de literatura, bem como na rotina de uma unidade de terapia intensiva neonatal, contendo questões abertas e fechadas, que coletaram informações como idade, sexo, formação acadêmica e especializações na área da fisioterapia neonatal, além de informações sobre o conhecimento em relação ao vínculo pais-bebês, sua importância para o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido internado, se este é incentivado de alguma maneira nas unidades de terapia intensiva neonatal e se existem barreiras e agentes que facilitam este incentivo (Anexo 3).

Inicialmente foi realizado um teste piloto para avaliação da clareza e pertinência das questões e após as devidas adaptações a sua validade foi verificada através da validade de conteúdo – grau em que um instrumento evidencia um domínio específico de conteúdo do que pretende medir.

A escolha de questionário como instrumento de coleta de dados se deu por ser de fácil aplicação e pelo fato de a entrevista muitas vezes inibir a participação de alguns profissionais, já que, como Gray (2012) relata "as pessoas podem relutar muito em responder perguntas relacionadas com as suas responsabilidades por se sentirem vulneráveis". Outras vantagens do questionário incluem o baixo custo, tanto em relação ao financeiro como no que diz respeito ao tempo, pois podem ser respondidos em um único momento e lugar, no caso do presente estudo, na própria Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sem que o fisioterapeuta precisasse se afastar do seu local de trabalho. Além disso, possibilita o anonimato, evitando possíveis constrangimentos (Gray, 2012).

3.2 Validação do instrumento de pesquisa

3.2.1 Validade

A validade de conteúdo refere-se ao julgamento sobre o instrumento, ou seja, se ele realmente cobre os diferentes aspectos do seu objeto e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos. Ela não é determinada estatisticamente, ou seja, não é expressa por coeficientes, mas resulta do julgamento de diferentes examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir (Raymundo, 2009).

Para realização desta fase, foram convidados cinco fisioterapeutas especialistas em terapia intensiva neonatal, número correspondente a 10-15% da população-alvo total. Todos com mais de cinco anos de atuação em UTIN e/ou de ensino na área. Salienta-se que estes fisioterapeutas apesar de terem uma prática clínica na mesma área geográfica dos demais participantes do estudo, não fizeram parte da população-alvo, a fim de evitar contaminação dos resultados. O objetivo foi avaliar o conteúdo do questionário, a fim de analisar e garantir que as questões englobavam todos os aspectos necessários para abordagem do tema.

Após contato prévio, os fisioterapeutas selecionados receberam, por e-mail, um convite formalizando a participação no processo de validação de conteúdo e o questionário em anexo. O e-mail continha explicações mais detalhadas sobre o objetivo do instrumento, além de instruções para o preenchimento e avaliação de cada questão. A orientação era avaliar se cada questão era relevante (ou não), para além de se era adequada, parcialmente adequada ou inadequada, e avaliar a clareza, a objetividade e o vocabulário, solicitando comentários e sugestões para realização de ajustes caso considerassem necessário. Após o parecer, os especialistas reenviaram os questionários com as avaliações e sugestões e em seguida às devidas correções e ajustes, o questionário foi novamente enviado aos especialistas para apreciação.

4. Procedimentos

4.1 Acesso aos participantes

Após autorização das instituições para realização do estudo por meio de carta de anuência e aprovação do Comitê de Ética, a pesquisadora entrou em contato com a responsável pelo serviço de fisioterapia das UTI neonatais a fim de conhecer a rotina de cada unidade e estabeleceu o horário e local mais adequado para aplicação dos questionários, de modo que a pesquisa não causasse nenhuma interferência na assistência aos RN internados.

4.2. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através do questionário desenvolvido para o efeito com os fisioterapeutas das UTIN públicas de uma cidade do Nordeste do Brasil, no período de 29 de março a 18 de abril de 2019. A pesquisadora chegou às unidades no horário da troca de plantão que ficou definido com as coordenações como sendo o melhor horário para não interferir na dinâmica das unidades e fez a explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa aos participantes. Após terem dado o consentimento informado, os fisioterapeutas preencheram os questionários com privacidade. O preenchimento foi realizado em um tempo médio de trinta minutos.

Os questionários (preenchidos) e os TCLE (assinados) foram identificados com um código alfanumérico e colocados em dois envelopes separados que só foram abertos pela investigadora após a finalização da coleta dos questionários para garantir o anonimato dos participantes (também perante o investigador).

5. Processo de tratamento e interpretação dos resultados

A análise dos resultados foi realizada de forma descritiva mista (qualitativa e quantitativa) a fim de explorar ao máximo as informações coletadas. Nas questões abertas foi utilizada a análise de conteúdo e posteriormente foram utilizadas técnicas quantitativas.

5.1 Análise de conteúdo

A análise temática de conteúdo foi realizada segundo Bardin (2009) tendo em consideração as seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados (Bardin, 2009).

O sistema categorial foi baseado na literatura existente e as respostas obtidas foram utilizadas para definição das unidades de análise (unidades de registro, unidades de contexto e unidades de enumeração) e posteriormente confrontados com o quadro conceitual (Quadros de 1 a 7).

Uma unidade de registro é o fragmento definido do conteúdo que se caracteriza colocando-o numa determinada categoria, isto é, são palavras-chave determinadas com base nas respostas encontradas para representar cada categoria. A unidade de contexto por sua vez é o segmento mais amplo que define o conteúdo da categoria e a unidade de enumeração refere-se à quantificação das categorias.

Na análise das respostas dos participantes, ou seja, na tarefa interpretativa, pretendeu-se perceber como é que se expressaram os temas definidos *a priori* (baseado na literatura) nas respostas dadas pelos participantes. Assim, no presente trabalho realizou-se uma interpretação precedida de uma análise temática de conteúdo.

Quadro 1-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “O que entende por vínculo pais-bebê?”

Categoria	Subcategoria	Unidade de registro	Unidade de contexto	Classificação da resposta	
				Correto	Adequado
Relação afetiva entre pais e bebês (Bowlby, 1982; Klaus e Kennell, 2000; Medina et al., 2018).	Desde a concepção (Medina et al., 2018).	Relação afetiva, amor, afeto, relação de cuidado,...	Relação pais-bebê.		
				Incompleto	Respostas que, não definindo o vínculo, aproxima-se do tema (formas de estabelecer o vínculo).
				Errado	Resposta que não se adequa ao questionado

Quadro 2-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “Você considera a formação do vínculo pais-bebê importante para o desenvolvimento neuropsicomotor de RN internados na UTIN? Descreva os motivos.”

Categoria	Unidade de registro	Unidade de contexto
Desenvolvimento físico/motor (Pados, 2019)	Marcadores fisiológicos, estímulos positivos, padrão motor, diminui dor, ganho de peso,...	Relação entre pais e bebê durante o internamento na UTI
Desenvolvimento cognitivo	Desenvolvimento, maturação	Relação entre pais e bebê

Influência do Vínculo Pais-Bebê no Desenvolvimento Neuropsicomotor do Recém-nascido:
Conhecimentos e práticas de Fisioterapeutas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

(Altimier e Phillips, 2016)	<i>encefálica, estado cognitivo,...</i>	durante o internamento na UTI
Desenvolvimento psíquico (Bowlby, 1989; Browne e Talmi, 2005)	<i>Identidade do bebê, bebê como indivíduo,...</i>	Relação entre pais e bebê durante o internamento na UTI
Desenvolvimento emocional/ social (Bowlby, 1989; Marciano e Amaral, 2015; Riechi et al., 2017).	<i>Comportamento do bebê, estado do bebê, segurança do bebê, acalmar,...</i>	Relação entre pais e bebê durante o internamento na UTI

Quadro 3-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “Quais as condutas ou meios você utiliza para estimular o vínculo?”

Categoria	Unidade de Registro	Unidade de contexto
Contato pele a pele (CPP) (Pennestri et al., 2015; Pineda et al., 2018; Cong et al. 2015; Vittner et al., 2017; Cho et al., 2016)	<i>Pele a pele, pele com pele, método de canguru,...</i>	Contato dos pais com o bebê que contribuem para a relação afetiva durante o internamento na UTI
 Holding/Colo dos pais (Fleury et al., 2014; Neu et al., 2013)	<i> Holding, colo,...</i>	Colo dos pais em que este contribui para a relação afetiva durante o internamento na UTI
Incentivo ao toque (Medina et al., 2018)	<i>Toque, toque adequado, contenção,...</i>	Forma como os pais estabelecem uma relação afetiva com o bebê durante o internamento na UTI
Conversar/ cantar (Provenzi et al., 2018)	<i>Conversar, cantar, falar,...</i>	Forma como os pais estabelecem uma relação afetiva com o bebê durante o internamento na UTI
Incentivar o contato visual (Kanagasabai et al., 2016)	<i>Contato visual, olhos nos olhos, olhar, focar,...</i>	Forma como os pais estabelecem uma relação afetiva com o bebê durante o internamento na UTI
Inserir os pais no cuidado do bebê (Medina et al., 2018; Pennestri et al., 2015; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016)	<i>Trocar fraldas, oferecer a dieta, banho, ajudar nos cuidados,...</i>	Forma como os pais aderem aos cuidados com o bebê na UTI
Aleitamento materno (Cetisli et al., 2018; Gibbs et al., 2018)	<i>Amamentação; amamentação pecoce, aleitamento,...</i>	Relação estabelecida durante a amamentação durante internamento na UTI
Orientações gerais (Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016; Wigert et al., 2006)	<i>Informar, informação, acesso UTI, funcionamento equipamentos, benefícios para o bebê,...</i>	Esclarecimento dos pais que promovem uma melhoria na relação pais-bebê
Ressaltar as características individuais do bebê, como semelhanças com a família (Altimier e Phillips, 2016)	<i>Semelhanças com a família, parecido com a mãe e/ou pai/famíliares,...</i>	Promoção de uma proximidade afetiva pais-bebê
Incentivar permanência pais na unidade (Pennestri et al., 2015)	<i>Permanecer na UTI, presença dos pais,...</i>	Formas de melhorar a relação afetiva entre pais-bebê

Quadro 4-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “Quais a formas de avaliar o impacto do estímulo ao vínculo no DNPM de RN internados na UTIN?”

Categoria	Unidade de registro	Unidade de contexto
Estado físico (Pados, 2019)	<i>Marcadores fisiológicos (FC, PA, saturação O2), padrão motor, dor, peso, sono, expressão facial, organização motora,...</i>	Estado do RN ao longo do internamento

Estado comportamental/emocional (Altimier e Phillips, 2016; Azevedo et al., 2011)	<i>Estado comportamental, acalmar, calmo, chora menos, maior interação,...</i>	Estado do RN ao longo do internamento
---	--	---------------------------------------

Quadro 5-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “Descreva se é possível estímulo ao vínculo em bebê usando suporte ventilatório.”

Categoria	Unidade de Registro	Unidade de contexto
Contato pele a pele (CPP) (Pennestri et al., 2015; Pineda et al., 2018; Cong et al. 2015; Vittner et al., 2017)	<i>Pele a pele, pele com pele, método de canguru,...</i>	Contato dos pais com o bebê que contribuem para a relação afetiva durante o internamento na UTI
 Holding/Colo dos pais (Fleury et al., 2014; Neu et al., 2013)	<i> Holding, colo,...</i>	Colo dos pais em que este contribui para a relação afetiva durante o internamento na UTI
Incentivo ao toque (Medina et al., 2018)	<i>Toque, toque adequado, contenção,...</i>	Forma como os pais estabelecem uma relação afetiva com o bebê durante o internamento na UTI
Conversar/ cantar (Provenzi et al., 2018).	<i>Conversar, cantar, falar,...</i>	Forma como os pais estabelecem uma relação afetiva com o bebê durante o internamento na UTI
Incentivar o contato visual (Kanagasabai et al., 2016).	<i>Contato visual, olhos nos olhos, olhar, focar,...</i>	Forma como os pais estabelecem uma relação afetiva com o bebê durante o internamento na UTI
Inserir os pais no cuidado do bebê (Medina et al., 2018; Pennestri et al., 2015; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).	<i>Trocar fraldas, oferecer a dieta, banho, ajudar nos cuidados,...</i>	Forma como os pais aderem aos cuidados com o bebê na UTI
Aleitamento materno (Cetisli et al., 2018; Gibbs et al., 2018)	<i>Amamentação; amamentação pecoce, Aleitamento,...</i>	Relação estabelecida durante a amamentação durante internamento na UTI
Orientações gerais (Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016; Wigert et al., 2006)	<i>Informar, informação, acesso UTI, funcionamento equipamentos, benefícios para o bebê,...</i>	Esclarecimento dos pais que promovem uma melhoria na relação pais-bebê
Ensino estratégias (Medina et al., 2018)	<i>Contenção, colo, segurar</i>	Formas como os pais acalmam e estabelecem uma relação afetiva com o bebê.

Quadro 6-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “Você considera necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI? Comente.”

Categoria	Unidade de Registro	Unidade de contexto
Envolvimento da equipe (Altimier e Phillips, 2016; Medina et al., 2018).	<i>Responsabilidade de todos, toda a equipe envolvida, motivação,...</i>	Na atuação na UTI
Equipe influencia pais (Altimier e Phillips, 2016; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).	<i>Conhecimento da equipe, confiança, pais mais seguros, pais mais próximos,...</i>	Na atuação na UTI
Equipe com “mesma linguagem” (Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).	<i>Mesmo discurso, linguagem clara, equipe em sintonia,...</i>	Na atuação na UTI

Trabalho em equipe estimula vínculo (Altimier e Phillips, 2016; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).	<i>Trabalho em equipe, facilita o vínculo, estimula o vínculo,...</i>	Na atuação na UTI
--	---	-------------------

Quadro 7-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “Na unidade onde trabalha, existe alguma barreira ou dificuldade para o incentivo ao vínculo pais-bebê? Descreva.”

Categoria	Unidade de Registro	Unidade de contexto
Equipe (Fleury et al., 2014; Twohig et al., 2016; Fegran et al., 2008)	<i>Equipe, falta de preparo, falta de sensibilidade, profissionais (fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, ...)</i>	Durante o trabalho na UTI
Processo de trabalho (Altimier e Phillips, 2016; Twohig et al., 2016)	<i>Excesso de trabalho, muitos bebês, burocracia, muito trabalho, falta de profissionais (fisioterapeutas, outros),...</i>	Durante o trabalho na UTI
Pais (Browne e Talmi, 2005; Pineda et al., 2018)	<i>Falta aderência, medo dos pais, ausência dos pais, situação sócio-econômica dos pais,...</i>	Durante o internamento do RN na UTI
Espaço físico (Altimier e Phillips, 2016).	<i>Ambiente pequeno, ambiente desconfortável, espaço sem condições, falta de conforto,...</i>	Condições físicas da UTI
Gravidade clínica dos RN (Medina et al., 2018; Pineda et al., 2018)	<i>Bebês graves, gravidade clínica,...</i>	Durante o internamento do RN na UTI

Quadro 8-Categorização através da análise de conteúdo das respostas obtidas para descrição de resultados referente à questão “Na unidade onde trabalha, existem fatores facilitadores para o incentivo ao vínculo? Descreva.”

Categoria	Unidade de Registro	Unidade de contexto
Equipe (Altimier e Phillips, 2016; Villamizar-Carvajal et al., 2018).	<i>Equipe médica; presença de outros profissionais; equipe; capacitação da equipe; hospital amigo da criança,...</i>	Durante o trabalho na UTI
Presença dos Pais (Fleury et al., 2014).	<i>Acesso dos pais 24h, permanência dos pais,...</i>	Durante o internamento do RN na UTI

5.2 Análise estatística

A análise quantitativa foi realizada através da utilização do software IBM SPSS Statistics vs 26.0.

A descrição das respostas obtidas para questões fechadas, quase exclusivamente questões de escala qualitativa nominal ou ordinal, foi realizada através de contagens e respectiva percentagem de respostas. Em alguns casos, sendo questões de resposta múltipla, a

percentagem de respostas foi calculada com base no número de fisioterapeutas e não no número total de respostas obtidas.

A idade dos fisioterapeutas (variável quantitativa contínua) foi descrita por média e respectivo desvio-padrão, assim como a amplitude de respostas (mínimo e máximo) observado.

No que diz respeito à análise inferencial, a comparação da idade média de fisioterapeutas que integram os dois grupos que indicam (corretamente ou incorretamente) o que entendem por vínculo pais-bebê foi avaliada através do teste t-Student, dado que a idade mostrou seguir distribuição aproximadamente normal (teste de Shapiro-Wilks para grupos de dimensão menor que 30) e ter homogeneidade de variância (teste de Levene).

A avaliação da existência de associação entre variáveis de escala qualitativa nominal ou ordinal foi realizada através de testes de qui-quadrado ou de testes exatos de Fisher quando a validade dos pressupostos de aplicação do teste de qui-quadrado (relativos a valores esperados) não se verificou. Em toda a análise inferencial foi considerado um nível de significância de 0,05.

IV. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 42 fisioterapeutas que apresentaram uma média de idade de 34,3 (\pm 5,4) anos, a maioria do sexo feminino (95,2%). Em relação ao tempo de formação, 12 (28,6%) fisioterapeutas relataram possuir entre 0 e 5 anos de graduação, 15 (35,7%), entre 6 e 10 anos e os outros 15 (35,7%) mais de 10 anos de formados. Cerca de 60% dos fisioterapeutas (n=25) possui residência e/ou especialização em Neonatologia, a esmagadora maioria (n=40, 95%) refere atualizar-se na área lendo artigos e quase 80% (n=33) respondeu atualizar-se fazendo cursos (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição (contagem absoluta (n) e relativa (%)) de variáveis que caracterizam a amostra em estudo.

		n	%
Todos		42	100,0
Idade (anos)	Média (desvio padrão)	34,3 (5,4)	
	Mínimo-Máximo	26 - 51	
Sexo	Feminino	40	95,2
	Masculino	2	4,8
Tempo de formação	0-5 anos	12	28,6
	6-10 anos	15	35,7
	> 10 anos	15	35,7
Tempo de neonatologia	0-5 anos	23	54,8
	6-10 anos	10	23,8
	> 10 anos	9	21,4
Possui residência/ especialização em Neonatologia	Sim	25	59,5
	Não	17	40,5
Forma de actualização preferencial (3 principais)	artigos	40	95,2
	cursos	33	78,6
	conversas	27	64,3
	livros	18	42,9
	especialização	8	19,0
	outros	2	4,8
O que entende por vínculo pais-bebês	Correcto	30	71,4
	Incorrecto	2	4,8
	Incompleto	10	23,8

Quando questionados sobre “*O que entende por vínculo pais-bebê?*”, 30 fisioterapeutas (71,4%) responderam corretamente como sendo a existência de uma relação afetiva entre pais e bebês, sendo que 4 destes profissionais especificaram que o vínculo corresponde ao estabelecimento desta relação desde a concepção. Dois participantes (4,8%) responderam incorretamente e cerca de 24% (n=10) não citaram diretamente a definição

de vínculo, mas referiram as formas possíveis de promover a vinculação entre pais e bebês (Tabela 1).

Na tabela 2 observa-se que a idade média dos fisioterapeutas que respondem corretamente ao que entendem ser o vínculo pais-bebês é significativamente superior das do que não respondem corretamente ($p=0,027$), contudo não se verifica qualquer relação entre o tempo de formação acadêmica, o de atuação, especialização e forma de atualização na área de neonatologia com o ter conhecimento sobre o que é o vínculo pais-bebês (teste de Fisher, $p>0,05$).

Tabela 2 - Relação entre escrever o que entende por vínculo e estatísticas de descritivas relativas aos dados pessoais dos fisioterapeutas, e sua comparação por área de atuação.

O que entende por vínculo pais-bebês						
		Correcto n=30		Incorrecto ou incompleto n=12		p
Idade (anos)	Média (DP)	35,5 ^a (5,1)		31,4 ^b (5,3)		0,027
	Mín-Máx	27-51		26-44		
		n	%	n	%	
Tempo de formação	0-5 anos	6	20,0%	6	50,0%	0,069**
	6-10 anos	11	36,7%	4	33,3%	
	> 10 anos	13	43,3%	2	16,7%	
Tempo de neonatologia	0-5 anos	16	53,3%	7	58,3%	0,247***
	6-10 anos	6	20,0%	4	33,3%	
	> 10 anos	8	26,7%	1	8,3%	
Possui residência/ especialização em Neonatologia?	Sim	17	56,7%	8	66,7%	0,731*
	Não	13	43,3%	4	33,3%	
Forma de actualização preferencial: artigos	não	2	6,7%	0	0,0%	1,000*
	sim	28	93,3%	12	100,0%	
Forma de actualização preferencial: cursos	não	5	16,7%	4	33,3%	0,406*
	sim	25	83,3%	8	66,7%	
Forma de actualização preferencial: conversas	não	11	36,7%	4	33,3%	1,000*
	sim	19	63,3%	8	66,7%	

^{a,b} – letras diferentes indicam média etária significativamente diferente por grupo (correcto/incorrecto) de acordo com o Teste t para grupos independentes; *Teste de Fisher. ** Teste de Fisher, considerando tempo de formação dicotomizado (0-5 anos vs. 6 ou mais anos); *** Teste de Fisher, considerando tempo de neonatologia dicotomizado (0-10 anos vs. >10 anos). DP- Desvio padrão.

Todos os fisioterapeutas consideram a formação do vínculo pais-bebê importante para o desenvolvimento neuropsicomotor de RN internados na UTIN e afirmam incentivar a vinculação na unidade onde trabalham, sendo que as formas mais referidas de incentivarem essa relação afetiva é através do contato pele a pele (CPP) (76,2%), do incentivo ao toque (61,9%) e da estimulação dos pais a conversarem e cantarem para seus

bebês (50%) (Tabela 3). Dos que citaram o incentivo ao CPP, cerca de 62,5% especificaram utilizar o método de canguru (47,6% do total).

Tabela 3- Relação das condutas ou meios que os fisioterapeutas afirmam utilizar para estimular o vínculo pais-bebê com o número que afirmam estimular sempre essas condutas.

Condutas ou meios utilizados para estimular o vínculo pais-bebê	Todas as respostas		Frequência de utilização de meios/ condutas para incentivar o vínculo entre pais-bebê “SEMPRE”	
	n	%	n	%
Contato pele a pele (CPP)	32	76,2	15	71,4
subcategoria Método Canguru	20	47,6	12	57,1
Incentivo ao toque	26	61,9	14	66,7
Conversar/ cantar	21	50,0	11	52,4
 Holding/Colo dos pais	18	42,9	7	33,3
Inserir os pais no cuidado do bebê (troca de fraldas/ oferta da dieta /banho terapêutico/ contenção durante condutas dolorosas)	15	35,7	7	33,3
Aleitamento materno	11	26,2	5	23,8
Orientações gerais (sobre o bebê, equipamentos, manuseios, acesso 24h UTI)	11	26,2	9	42,9
Incentivar o contato visual	3	7,1	2	9,5
Incentivar permanência mãe/pai na unidade 24h	2	4,8	0	0
Ressaltar características individuais do bebê com semelhanças familiares	1	2,4	0	0

As condutas utilizadas com maior frequência pelos fisioterapeutas que afirmam estimular “sempre” o vínculo entre pais e bebês foram o CPP (71,4%), dos quais 80% especificaram fazer o método canguru, o incentivo ao toque (66,7%) e o incentivo para que os pais conversem e/ou cantem com os seus bebês (52,4%). O incentivo ao aleitamento materno (23,8%) e o estímulo ao contato visual (9,5%) foram os meios menos utilizados (Tabela 3).

Os motivos pelos quais os Fisioterapeutas consideram importante estimular o vínculo entre pais e bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor foram agrupados em 4 áreas gerais: desenvolvimento físico e motor; desenvolvimento cognitivo; desenvolvimento psíquico e desenvolvimento emocional/social. Desses, os mais referidos foram os motivos relacionados ao desenvolvimento físico e motor, 31% descreveram que o vínculo entre pais e bebê fornece estímulos positivos para o DNPM; 21,4% descreveram melhora do estado físico e padrão motor; 19% melhora dos marcadores fisiológicos; 16,7% diminuição da dor e 16,7% que a vinculação facilitava o ganho de peso. Apenas 7,1% referiu o desenvolvimento psíquico (Tabela 4).

Tabela 4- Motivos referidos pelos fisioterapeutas sobre a importância do vínculo para o DNPM.

Motivos (categorias)	Motivos (sub-categorias)	n	%
Desenvolvimento físico/motor	Diminuição da dor face aos estímulos nocivos	7	16,7%
	Fornece estímulos positivos para o desenvolvimento neuropsicomotor	13	31,0%
	Melhora estado físico/ padrão motor	9	21,4%
	Melhora marcadores fisiológicos (FC, O2, Press art, Freq respiratória)	8	19,0%
	Ganho de peso	7	16,7%
Desenvolvimento cognitivo	Desenvolvimento/Estimulação da maturação encefálica	7	16,7%
Desenvolvimento psíquico	Bebê como indivíduo/formação da identidade do bebê	3	7,1%
Desenvolvimento emocional/social	Aumento da sensação de segurança do bebê	8	19,0%
	Melhora estado comportamental (estado emocional, choro,...)	9	21,4%

Dos fisioterapeutas que referem que o motivo para incentivar o vínculo é o fato de este promover o desenvolvimento físico/motor, 71,9% afirma incentivar os pais a fazer pele a pele com o bebê, assim como a grande maioria que citou que o vínculo é importante para o desenvolvimento emocional/social (n=14; 82,4%) e todos os que apontaram o desenvolvimento psíquico (n=3), responderem utilizar este meio/conduta (Tabela 5).

Todos os profissionais que consideraram o estímulo ao vínculo entre pais e bebês importante para o desenvolvimento cognitivo (n=7) afirmam incentivar o toque; 85,7% (n=6) incentivam que os pais conversem e/ou cantem com seus bebês (Tabela 5).

Dos dezessete fisioterapeutas que referiram que a formação do vínculo era importante para o DNPM porque esta estimulava a componente emocional/social, somente 29,4% refere incentivar o aleitamento materno, assim como apenas 28,6% dos que citaram o vínculo como importante para o desenvolvimento cognitivo (n=7) e 25% dos que apontaram o desenvolvimento físico/motor (n=32). Nenhum fisioterapeuta que indicou o desenvolvimento psíquico (n=3) como motivo para incentivar o vínculo refere incentivar o aleitamento materno como conduta.

Tabela 5- Motivos para incentivar o vínculo entre pais e bebês e condutas realizadas pelos fisioterapeutas.

Condutas	Motivos para a importância do vínculo								Total fisio.*
	Desenvolvimento físico/motor		Desenvolvimento cognitivo		Desenvolvimento psíquico		Desenvolvimento emocional/social		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Contato pele a pele (CPP)	23	71,9%	3	42,9%	3	100,0%	14	82,4%	30
CPP:	19	59,4%	2	28,6%	3	100,0%	7	41,2%	20
sub-categoria Método Canguru									
 Holding/Colo dos pais	13	40,6%	5	71,4%	1	33,3%	7	41,2%	18
 Incentivo ao toque	21	65,6%	7	100,0%	2	66,7%	11	64,7%	26
 Conversar/ cantar	17	53,1%	6	85,7%	0	0,0%	6	35,3%	20
 Incentivar o contato visual	2	6,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
 Inserir os pais no cuidado do bebê	14	43,8%	0	0,0%	2	66,7%	5	29,4%	15
Aleitamento materno	8	25,0%	2	28,6%	0	0,0%	5	29,4%	10
Orientações gerais	9	28,1%	2	28,6%	2	66,7%	3	17,6%	10
Ressaltar caract individuais do bebê (semelhanças com família)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%	1
Incentivar permanência mãe/pai na unidade	1	3,1%	0	0,0%	1	33,3%	1	5,9%	2
Total fisio.*	32		7		3		17		40

Percentagens e totais estão calculados com base no número de fisioterapeutas que respondem

Não há relação entre a importância dada à formação do vínculo pais-bebê para o desenvolvimento neuropsicomotor de RN internados na UTIN e a frequência de utilização desses meios/conduas para incentivar esse vínculo (Tabela 6), uma vez que todos afirmam ser importante. Todos os inquiridos utilizam pelo menos “às vezes” estes meios.

Tabela 6- Relação entre a importância dada ao vínculo para o DNPM e a frequência de utilização de meios/conduas para incentivar o vínculo.

Com que frequência utiliza esses meios ou conduas para incentivar o vínculo entre pais e bebê?	Você considera a formação do vínculo pais-bebê importante para o desenvolvimento neuropsicomotor de RN internados na UTIN?			
	SIM		Não	
	n	%	n	%
Às vezes	2	4,8%	0	0
Frequentemente	19	45,2%	0	0
Sempre	21	50%	0	0
Total	42	100,0%	0	0

Quando questionado se na unidade onde trabalha, existe alguma barreira ou dificuldade para o incentivo ao vínculo pais-bebê, mais de metade dos participantes (n=24; 57,1%) responderam que estas existem, contudo todos os que identificaram existirem barreiras, afirmam incentivar a vinculação (Tabela 7).

Tabela 7- Fisioterapeutas que afirmam existir barreiras para estimulação do vínculo entre pais e bebês.

Na unidade onde trabalha, existe alguma barreira ou dificuldade para o incentivo ao vínculo pais-bebê?	Você incentiva o vínculo entre pais-bebês onde trabalha?			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Sim	24	57,1%	0	0
Não	18	42,9%	0	0
Total	42	100,0%	0	0

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas para as condutas entre as respostas dos fisioterapeutas que identificaram existirem barreiras ao incentivo do vínculo comparativamente com os que não as identificaram, a percentagem de fisioterapeutas que identificam barreiras e ainda assim incentivam determinadas condutas para a vinculação (contato pele a pele, colo dos pais, incentivo ao toque, orientações gerais), nesta amostra, é superior à dos que não identificaram existirem barreiras (Tabela 8), existindo assim, na amostra, uma tendência.

Tabela 8- Comparação entre os fisioterapeutas que identificaram existir barreiras para estímulo ao vínculo, os que não identificaram e a percentagem de realização de condutas de estímulo a vinculação.

Condutas ou meios utilizados para estimular o vínculo pais-bebê	Na unidade onde trabalha, existe alguma barreira ou dificuldade para o incentivo ao vínculo pais-bebê?					p*
	Total	Sim		Não		
	n	n	%	n	%	
Contato pele a pele (CPP)	32	19	79,2%	13	72,2%	0,377
CPP: sub-categoria Método Canguru	20	14	58,3%	6	33,3%	0,115
Holding/Colo dos pais	18	11	45,8%	7	38,9%	0,481
Incentivo ao toque	26	17	70,8%	9	50,0%	0,169
Conversar/ cantar	21	12	50,0%	9	50,0%	0,664
Incentivar o contato visual	3	1	4,2%	2	11,1%	1,000
Inserir os pais no cuidado do bebê	15	9	37,5%	6	33,3%	0,607
Aleitamento materno	11	7	29,2%	4	22,2%	0,549
Orientações gerais	11	8	33,3%	3	16,7%	0,227
Ressaltar caract. individuais do bebê (semelhanças família)	1	1	4,2%	0	0,0%	n.a.
incentivar permanência mãe/pai na unidade	2	1	4,2%	1	5,6%	1,000
Total	42	24		18		

Percentagens e totais com base no número de fisioterapeutas; * teste Binomial; n.a.- não aplicável

De uma maneira geral, as barreiras e/ou dificuldades para promoção do vínculo entre pais e bebês mais referidas pelos fisioterapeutas (40,5%) são impostas pela própria equipe multidisciplinar, seguido dos processos ou dinâmica do trabalho da UTIN (19%) e gravidade clínica dos RN (11,9%), conforme representado em ordem de importância na Figura 1. De forma mais detalhada, a Tabela 9 descreve cada uma das barreiras citadas em ordem de importância, especificando o número de vezes que a barreira foi identificada nessa ordenação. Observou-se nesse contexto que o excesso de trabalho da unidade, devido ao grande número de bebês internados e a necessidade de realização de muitas atividades burocráticas, foi caracterizada por 19% dos fisioterapeutas como a principal dificuldade para estimulação do vínculo entre pais e bebês, seguido das características pessoais dos membros equipe (11,9%), nomeadamente falta interesse de alguns profissionais, falta disponibilidade, e até mesmo empatia.

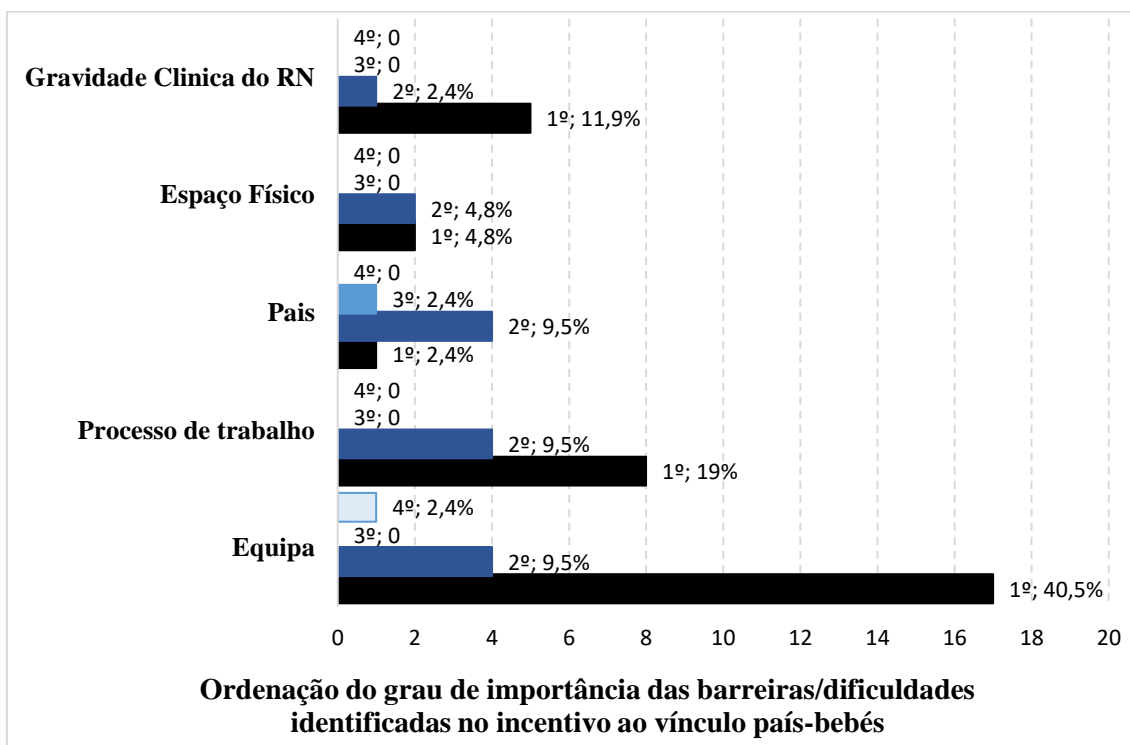


Figura 1- Identificação de barreiras/dificuldades citadas pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância (1º a 4º). Indicação de contagem de respostas no eixo, e sua relativização (%) e ordem de importância sobre a barra.

Tabela 9- Identificação detalhada de barreiras/dificuldades citadas pelos fisioterapeutas para incentivo ao vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância.

Barreira ou dificuldade para o incentivo ao vínculo pais-bebê	1º lugar		2º lugar		3º lugar		4º lugar		Não identifica/ não dá nº de ordem a barreira	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excesso de trabalho (muitos bebês, burocracias)	8	19,0	4	9,5					30	71,4
Depende da equipe (características pessoais membros equipe, falta interesse, disponibilidade, empatia,...)	5	11,9	2	4,8	1	2,4			34	81,0
Gravidade clínica dos RN	5	11,9	1	2,4					36	85,7
Equipe médica não incentiva o vínculo	3	7,1	2	4,8					37	88,1
Ambiente físico (pequeno/ desconfortável)	2	4,8	2	4,8					38	90,5
Falta aderência/Medo dos pais	1	2,4	3	7,1					38	90,5
Falta de sensibilidade da equipe (prioriza burocracias, ideia de que pais atrapalham serviço)	1	2,4	2	4,8					39	92,9
Ausência pais			1	2,4	1	2,4			40	95,2
Falta preparação da equipe para estimular o vínculo					1	2,4	1	2,4		
Estatuto socioeconômico pais/ dificuldade financeira presença UTI					1	2,4			41	97,6
Dinâmica equipa na UTI					1	2,4			41	97,6

Em relação a existência de agentes facilitadores do estímulo ao vínculo entre pais e bebês na UTIN, os meios mais citados foram a qualificação da equipe multidisciplinar por 15 (35,7%) fisioterapeutas, o fato do hospital proporcionar capacitação da equipe por 14 (33,3%) fisioterapeutas e o empenho da equipe em colocar em prática condutas que estimulam a vinculação citado por 13 (31%) profissionais (Tabela 10).

Tabela 10- Agentes facilitadores para o incentivo ao vínculo entre pais e bebê.

Fator Facilitador na UTIN	Facilitador para o incentivo ao vínculo pais-bebê	n	%
Equipe	Capacitação da equipe para incentivo do vínculo	15	35,7
	Hospital Amigo da Criança	6	14,3
	Empenho da equipe	13	31,0
	Equipe médica facilita o processo de estímulo	3	7,1
	Hospital incentiva capacitação/formação na área (método canguru, estímulo da lactação,...)	14	33,3
	Acompanhamento psicólogo e terapeuta ocupacional	3	7,1
Pais	Acesso dos pais 24h	9	21,4

A Figura 2 mostra a representação das categorias dos agentes facilitadores citados e sua ordem de importância. A equipe foi apontada como o facilitador mais importante do estímulo ao vínculo por 66,7% dos participantes, enquanto que 9,5% consideraram como mais importante o acesso dos pais 24 horas na UTIN.

Especificando os agentes facilitadores, o preparo da equipe multidisciplinar para incentivar o vínculo entre pais e bebês foi o agente facilitador referido como mais importante pelos fisioterapeutas (23,8%), em seguida o fato de o hospital proporcionar capacitação referente ao tema para os profissionais (19%) e a iniciativa do “Hospital Amigo da Criança”. A equipe médica como facilitadora e a presença do psicólogo e do terapeuta ocupacional na unidade foram citados por apenas 2,4% (Figura 3).

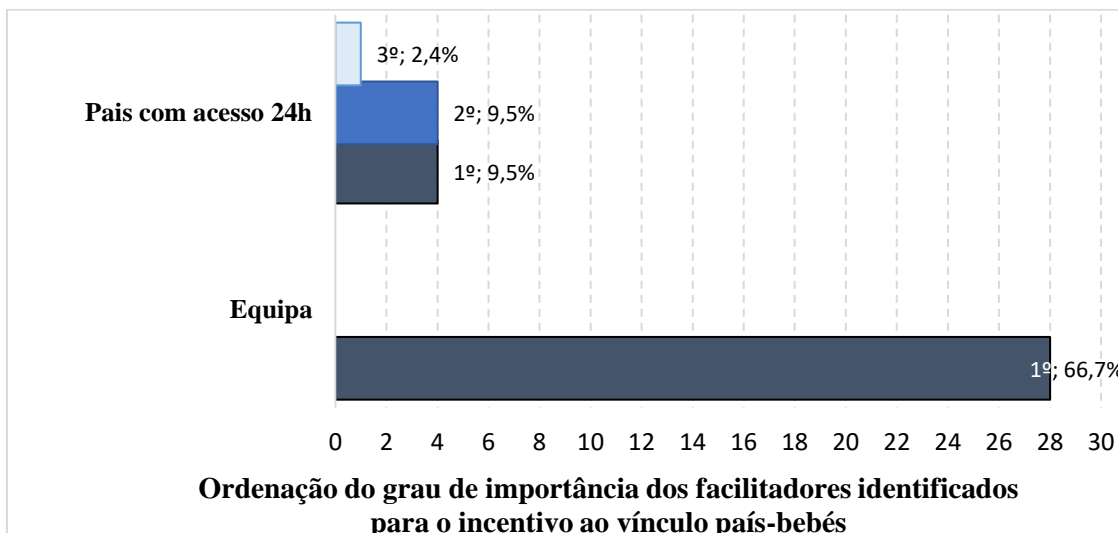


Figura 2- Identificação de grandes categorias de agentes facilitadores citados pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância. Indicação de contagem de respostas no eixo, e sua relativização (%) e ordem de importância (1º a 3º) sobre a barra.

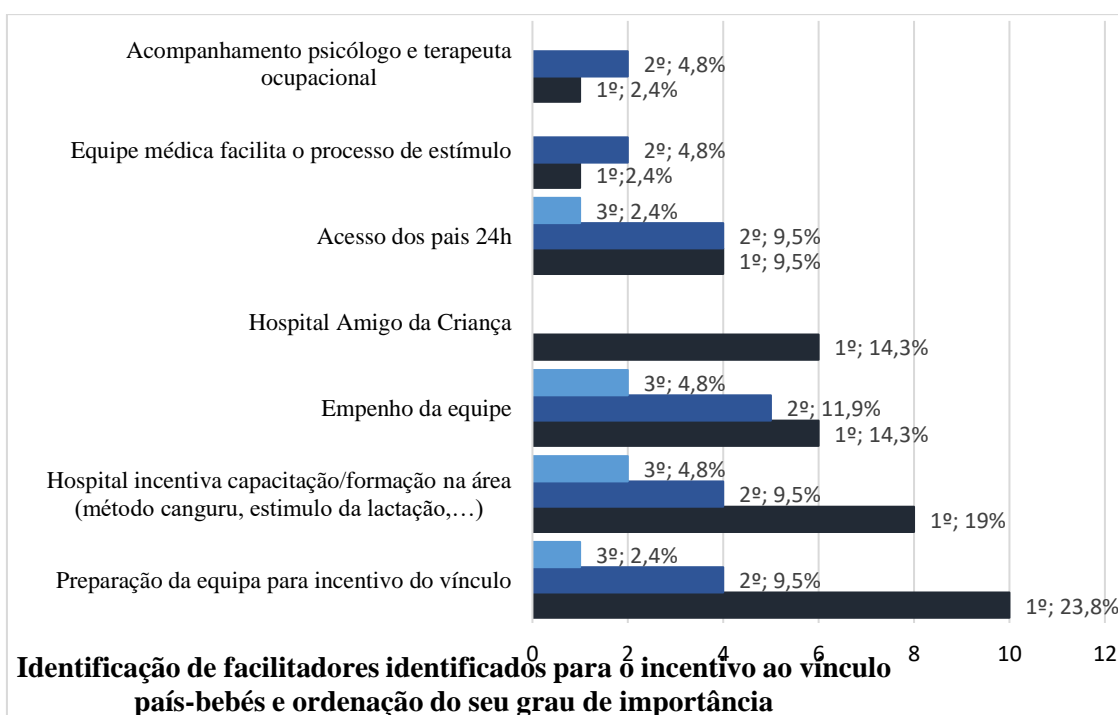


Figura 3- Identificação de todos os agentes facilitadores citados pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo pais-bebê e ordenação do seu grau de importância. Indicação de contagem de respostas no eixo, e sua relativização (%) e ordem de importância (1º a 3º) sobre a barra.

A relação do fato de o fisioterapeuta considerar importante o envolvimento da equipe multidisciplinar para promoção do vínculo entre pais e bebês com a existência de agentes facilitadores do incentivo ao vínculo, evidenciou que mais de metade dos participantes (n=15, 53%) que identificaram a equipe como facilitador, responderam que toda a equipe

deve estar envolvida no processo. Relativamente aos fisioterapeutas que identificam como agente facilitador o acesso dos pais 24 horas, cerca de dois terços (n=6; 66,7%) considera que o conhecimento da equipe sobre a importância do vínculo estimula a vinculação entre pais-bebê, uma vez que isso potencializa a aproximação, aumentando a confiança pais (Tabela 11).

Tabela 11- Associação entre considerar necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI e a existência facilitadores do incentivo.

Considera necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI	Facilitadores do vínculo				Total fisio*
	Equipe		Pais com acesso 24h		
	n	%	n	%	
<i>Toda equipe deve estar envolvida (responsabilidade de todos)</i>	15	53,6%	3	33,3%	18
<i>Equipe fala mesma linguagem</i>	2	7,1%	4	44,4%	6
<i>Equipe influencia os pais</i>	11	39,3%	6	66,7%	17
<i>Trabalho em equipe estimula vínculo e facilita continuidade estímulo</i>	6	21,4%	0	0,0%	6
<i>Total fisio*</i>	28		9		37

*Percentagens e totais são baseados no nº de fisioterapeutas que responderam.

Todos os 42 fisioterapeutas responderam que o envolvimento da equipe multiprofissional é importante no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI. Na Tabela 12, encontra-se descrito os comentários em relação a importância do trabalho multidisciplinar para promoção do vínculo entre pais e bebês na UTIN, ressaltando que metade da amostra refere que a responsabilidade para promover o vínculo é de todos os profissionais e 45,2% descreve que a equipe influencia os pais.

Tabela 12- Comentários referidos sobre a importância do trabalho em equipe para promoção do vínculo entre pais e bebês

	n	%
<i>Toda equipe deve estar envolvida (responsabilidade de todos)</i>	21	50,0
<i>Equipe fala mesma linguagem, facilita o vínculo</i>	6	14,3
<i>Equipe influencia os pais, aproximando os pais do seu bebê e facilitando a vinculação</i>	19	45,2
<i>Trabalho em equipe estimula vínculo e facilita continuidade do estímulo</i>	6	14,3

Quando analisado o fato de o fisioterapeuta considerar importante o envolvimento da equipe multidisciplinar para promoção do vínculo entre pais e bebês com a existência de barreiras e/ou dificuldades, observou-se que mais da metade dos fisioterapeutas (n=12; 54,5%) que citaram a equipe como barreira ao incentivo ao vínculo descreveu que toda

equipe deve estar envolvida nesse processo, e 9 (40,9%) consideram que a equipe influencia os pais, aumentando a confiança dos pais, aproximando do seu bebê e por isso facilita a vinculação (Tabela 13).

Tabela 13- Associação entre considerar necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI e a existência de barreiras ao incentivo do vínculo

Necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI	Barreiras ao vínculo										Total fisio*
	Equipe		Processo de trabalho		Pais		Espaço físico		Gravidade clínica do RN		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Toda equipe deve estar envolvida (responsabilidade de todos)</i>	12	54,5%	6	50,0%	3	50,0%	2	50,0%	1	16,7%	13
<i>Equipe fala mesma linguagem</i>	4	18,2%	3	25,0%	0	0,0%	2	50,0%	1	16,7%	4
<i>Equipe influencia os pais</i>	9	40,9%	5	41,7%	2	33,3%	0	0,0%	3	50,0%	10
<i>Trabalho em equipe estimula vínculo e facilita continuidade estímulo</i>	3	13,6%	1	8,3%	1	16,7%	1	25,0%	1	16,7%	4
Total fisio*	22		12		6		4		6		25

*Percentagens e totais são baseados no nº de fisioterapeutas que responderam.

Quando questionados se é possível incentivar o vínculo entre pais e bebês que estejam em uso de algum suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo), quarenta e um fisioterapeutas (97,6%) responderam que sim. Entre as formas identificadas e mais vezes descritas para o incentivo estão o toque/contato por 63,9% dos fisioterapeutas, seguido do colo por 47,2% e o conversar/cantar por 41,7% (Tabela 14).

Tabela 14- Meios ou condutas citados pelos fisioterapeutas para incentivo do vínculo entre pais e bebês em uso de algum suporte ventilatório.

Formas de incentivar o vínculo pais-bebês	n	% / nº respostas	% / nº Fisioterapeutas
Toque/contato	23	27,7%	63,9%
Colo	17	20,5%	47,2%
Conversar/ cantar	15	18,1%	41,7%
A interação nos cuidados do bebê (segurar seringa com a dieta, trocar a fralda, banho)	9	10,8%	25,0%
Contato Pele a pele	7	8,4%	19,4%
CPP: subcategoria método canguru	5	6,0%	13,9%
Orientações gerais (importância da amamentação/leite materno, da presença na unidade, sobre os equipamentos)	4	4,8%	11,1%
Contato visual	1	1,2%	2,8%
O estímulo à ordenha (retirada do leite)	1	1,2%	2,8%
Ensino estratégias (contenção/o que acalma bebê)	1	1,2%	2,8%
Total	83	100,0%	230,6%

Não se detectou associação significativa ($p=0,385$) entre o fato de o fisioterapeuta ter residência/especialização em Neonatologia e este afirmar ser possível o incentivo ao vínculo em bebê com suporte ventilatório (Tabela 15).

Tabela 15- Relação entre possuir especialização em Neonatologia e afirmar ser possível o incentivo ao vínculo com RN em suporte ventilatório.

Possui residência ou alguma especialização em Neonatologia?	É possível incentivo ao vínculo com bebê em de suporte ventilatório?				P
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Sim	0	0,0%	24	63,2%	0,385
Não	1	100,0%	14	36,8%	
Total	1	100,0%	38	100,0%	

*Teste de Fisher

Em relação à questão “*Caso utilize meios ou condutas de incentivo ao vínculo pais-bebês, existem formas de avaliar o seu impacto no desenvolvimento neuropsicomotor dos recém-nascidos internados na UTIN?*”, quarenta e um fisioterapeutas (97,6%) afirmaram que existem formas de avaliar o vínculo através de alterações no *Estado Físico* (referidas por 27 fisioterapeutas) e no *Estado Comportamental/Emocional* do recém-nascido (mencionadas por 22 fisioterapeutas). Dos que referiram *Estado Físico* as formas mais citadas foram a otimização dos marcadores fisiológicos e melhoria do padrão motor por 40,5% dos participantes enquanto no que se refere ao *Estado Comportamental/emocional*, os fisioterapeutas mencionaram avaliar o impacto do vínculo através da melhora do estado comportamental, estado emocional, constatação de maior tranquilidade e diminuição do choro/agitação dos recém-nascidos (52,4%); (Tabela 16).

Tabela 16- Avaliação do impacto do estímulo ao vínculo pais e bebê no DNPM.

Formas Geral	Formas de avaliação do impacto dos meios/condutas de incentivo ao vínculo pais-bebês no DNPM dos RN internados na UTIN	n	%
Estado Físico 27 (64,3%)	Melhora marcadores fisiológicos (FC, O2, PA, FR)	17	40,5%
	Melhora estado físico/ padrão motor	17	40,5%
	Através de escala da dor	1	2,4%
	Melhor ganho de peso	6	14,3%
Estado Comportamental/ Emocional 22 (52,4%)	Melhora estado comportamental (estado emocional, maior tranquilidade, dim do choro/agitação)	22	52,4%

Dos 12 fisioterapeutas que responderam incorretamente à definição de vínculo, 25% (3 deles) dizem também não haver forma de avaliar o impacto desse vínculo (Tabela 17). Não houve associação significativa ($p=0,329$) entre o fato de o fisioterapeuta ter respondido não existir formas de avaliar o impacto do vínculo no desenvolvimento neuropsicomotor e este responder incorretamente ao que é o vínculo pais-bebê.

Tabela 17- Associação entre forma de avaliar o impacto do vínculo e o que entende por vínculo pais-bebê.

<u>Não há formas de avaliar o impacto do vínculo, não responde ou responde incorreto</u>	O que entende por vínculo pais-bebês?				p
	Correto		Incorreto**		
	n	%	n	%	
Há Formas avaliação	27	90,0%	9	75,0%	0,329
Não há formas avaliação	3	10,0%	3	25,0%	
Total	30	100,0%	12	100,0%	

*Teste de Fisher **Foram consideradas incorretas todas as respostas que não responderam especificamente à definição de vínculo, sendo englobadas aquelas que mesmo referindo formas de incentivo à vinculação, não definiram vínculo.

V. DISCUSSÃO

No presente estudo, trinta fisioterapeutas (71,4%) definiram corretamente “*vínculo pais-bebê*” como sendo a existência de uma relação afetiva entre pais e bebês, sendo que 4 destes profissionais especificaram que o vínculo corresponde ao estabelecimento desta relação desde a concepção (Tabela 1), o que vai ao encontro da literatura que define vínculo entre pais e bebês como uma relação de afeto construída desde a vida intrauterina que se fortalece continuamente ao longo da vida e tem caráter essencial para o desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo do bebê (Bowlby, 1989; Klaus e Kennell, 2000; Medina et al., 2018). Dois fisioterapeutas (4,8%) responderam incorretamente e cerca de 24% (n=10) não citaram diretamente o conceito de vínculo, embora referissem as formas possíveis de promover a vinculação entre pais e bebês.

Poucos estudos foram encontrados abordando o conhecimento dos profissionais de saúde em relação a importância do vínculo entre pais e bebês e nenhum deles abordam especificamente a percepção da equipe de fisioterapia, isso pode ser devido ao fato de em vários países os fisioterapeutas não fazerem parte integrante da equipe na UTIN.

O estudo de Twohig et al. (2016) foi o único encontrado com a presença do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar, porém, dos cinquenta e sete participantes, apenas um era fisioterapeuta, os demais eram médicos (dezoito), equipe de enfermagem (trinta e três), um psicólogo, um nutricionista e três assistentes sociais revelando a pequena participação de fisioterapeutas em estudos que abordam a percepção dos profissionais de saúde em relação a importância do vínculo entre pais e bebê. O estudo utilizou um questionário desenvolvido para avaliar a percepção da equipe em relação ao vínculo entre pais e prematuros no desenvolvimento socioemocional desses bebês, a experiência dos profissionais nessa área e o impacto emocional de trabalhar em uma UTIN. Assim como os resultados do presente estudo, seus resultados indicam que a equipe de saúde tem conhecimento sobre a necessidade da formação desta relação para o desenvolvimento dos RN, porém nessa pesquisa os autores concluem que apesar de existir conhecimento em relação ao tema, este ainda é insuficiente, pois os profissionais nem sempre identificam quando é necessário encaminhar os pais para assistência psicológica (Twohig et al., 2016).

Fleury et al. (2014) pesquisaram as percepções de vinte profissionais de saúde em relação ao vínculo entre mães e prematuros internados na UTIN. Esse estudo qualitativo utilizou entrevistas semiestruturadas e também identificou que a equipe entende a importância do contato entre a mãe e o bebê para o bem-estar e recuperação do RN, porém, a equipe de saúde era composta apenas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de uma UTIN intermediária (Fleury et al., 2014).

Phuma-Ngaiyaye e Kalembo (2016) em estudo qualitativo exploratório realizado através de entrevistas em profundidade, efetuando análise de dados por meio de análise de conteúdo, investigou as estratégias utilizadas por enfermeiras/parteiras para apoiar o vínculo entre mãe-bebê de RN internados na UTIN. Assim como no presente estudo, seus resultados mostraram que as profissionais reconhecem a importância e promovem o incentivo ao vínculo precoce entre mães e bebês doentes, porém a pesquisa possuía como participantes apenas mães (dez) e enfermeiras/parteiras (cinco) (Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

Nesta pesquisa, não se verifica qualquer relação entre o tempo de formação acadêmica, o de atuação, o fato de possuir especialização e formas de atualização na área de neonatologia com o ter conhecimento sobre o que é o vínculo pais-bebês (teste de Fisher, $p > 0,05$; Tabela 2), diferente do estudo de Twohig et al. (2016) que sugeriram alguma relação do tempo de experiência dos profissionais na área de neonatologia com uma maior percepção das experiências emocionais dos pais e seu bebê. Contudo, salienta-se pela análise da Tabela 2, que à medida que aumenta a idade dos fisioterapeutas, aumenta o conhecimento do que é o vínculo ($p < 0,05$). Este fato poderá sugerir que, nesta amostra, fatores relacionados com a *experiência de vida* dos fisioterapeutas possam ter influenciado o seu aprofundamento sobre o tema, influenciando mais do que os fatores relacionados com o tempo formação, especialização/residência e atuação na área da neonatologia.

Todos os fisioterapeutas da amostra consideram ser importante o incentivo ao vínculo entre pais e bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor dos RN na UTIN, corroborando com os estudos de Twohig et al. (2016), Phuma-Ngaiyaye e Kalembo (2016) e Fleury et al. (2014) citados anteriormente, que identificaram a importância dada a tal prática pela equipe multidisciplinar. Além disso, todos os fisioterapeutas do presente

estudo referem utilizar meios ou condutas para estimular o vínculo entre pais e bebês na unidade onde trabalham “pelo menos às vezes” (Tabela 6), sendo que a esmagadora maioria (95,2%) inclui essas práticas rotineiramente no dia-a-dia (45,2% responderam “frequentemente” e 50% assinalaram fazê-lo “sempre”), reforçando o que foi referido pelos profissionais em relação a ser importante incentivar essa vinculação.

As formas mais referidas pelos fisioterapeutas para incentivar o vínculo entre pais e bebês na UTIN foram através do CPP (76,2%), do incentivo ao toque (61,9%) e da estimulação dos pais a conversarem e cantarem para seus bebês (50%), assim como essas também foram as condutas mais referidas pelos fisioterapeutas que afirmam estimular “sempre” essa vinculação, o CPP (71,4%), o incentivo ao toque (66,7%) e incentivo para que os pais conversem e/ou cantem com os seus bebês (52,4%) (Tabela 3).

As condutas que os participantes referem usar são citadas na literatura como tendo grandes benefícios na formação do vínculo pais-bebês. Cong et al. (2015) e Vittner et al. (2017) descrevem em seus estudos que o contato pele a pele aumenta a liberação de ocitocina e essa por sua vez tem um papel importante na parentalidade, pois aumenta o vínculo entre pais e bebês através da ativação do sistema ocitocinérgico que funciona como um feedback biocomportamental, isto é, quanto mais contato, maior a liberação de ocitocina e maior o vínculo. Além disso, a ocitocina liberada em resposta ao CPP pode modular o sistema nervoso autônomo e com isso regular a resposta dos pais e bebês ao estresse, o que do mesmo modo facilita a vinculação. Essa hipótese foi confirmada através da coleta de saliva dos pais e RN antes, durante e após o contato pele a pele, mostrando níveis mais altos de ocitocina, mais baixos de cortisol, além de redução dos níveis de ansiedade dos pais quando avaliados através da Escala Visual de Ansiedade. É importante ressaltar que os resultados foram encontrados tanto nos pais como nas mães, portanto, é significativa a participação dos pais do sexo masculino na conduta (Cong et al., 2015; Vittner et al., 2017).

Altimier e Phillips (2016) verificaram que o contato pele a pele quando realizado seis horas por semana, durante oito semanas gera uma aceleração da maturação encefálica, evidenciada através de eletroencefalograma. Portanto, o incentivo ao CPP interfere positivamente tanto no fortalecimento dos laços familiares quanto no desenvolvimento do RN (Altimier e Phillips, 2016). No presente estudo, dos fisioterapeutas que afirmaram

“sempre” incentivar o vínculo entre pais e bebê na unidade onde trabalham através do CPP, 80% disseram utilizar o método canguru como conduta (Tabela 3). Um estudo realizado em um hospital na Coréia do Sul mostrou que o Método Canguru, através do CPP é eficiente para aumentar o vínculo entre mães e bebês prematuros internados na UTIN, além de reduzir os níveis de estresse materno e a frequência respiratória do bebê, devendo ser incluído como estratégia de tratamento pela equipe (Cho et al., 2016).

A partir da análise da Tabela 3 foi possível perceber que menos da metade dos participantes deste estudo (47,6%) referiram utilizar o Método Canguru como meio de incentivo ao vínculo entre pais e bebês. No Brasil, a “Norma de Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – “Método Mãe Canguru” foi lançada na década de 90 sendo utilizada desde então como política de saúde pública. O método é composto por três etapas: a primeira etapa nas unidades de cuidados intensivos e nas unidades de cuidados intermediários neonatais; a segunda etapa, no alojamento conjunto, onde a mãe participa dos cuidados do seu bebê 24 horas por dia e a terceira etapa é realizada através de acompanhamento ambulatorial (Ministério da Saúde 2017a; Santos e Filho, 2016).

Uma hipótese que pode justificar a baixa taxa em relação ao uso do Método Canguru como meio de incentivo ao vínculo é a de que os fisioterapeutas que citaram o uso do CPP consideram essa conduta a mesma que o Método Canguru, porém, embora esse recurso seja descrito por alguns autores como sendo uma estratégia que utiliza basicamente o contato pele a pele para benefícios fisiológicos e emocionais entre pais e bebês (Cho et al., 2016), possui um sentido mais amplo, consistindo em um programa de atenção humanizada ao RN de baixo peso visando a proteção do Sistema Nervoso Central e o desenvolvimento neuropsicomotor adequado, além de incentivar o vínculo entre pais e bebês, já que inclui os pais nos cuidados, incentiva a amamentação e o CPP (Ministério da Saúde, 2017a; Azevedo et al., 2011).

Como constatado a partir da análise da tabela 3, o “incentivo ao toque” é mencionado por 26 fisioterapeutas, significando que mais de metade dos participantes (61,9%) refere incentivar essa prática para estimular o vínculo entre pais e bebês. Em um estudo, mães referem que o contato físico é um dos elementos mais importantes para estabelecer o vínculo interrompido após o nascimento (Medina et al., 2018), sugerindo que o toque pode ser uma conduta eficiente para incentivar a vinculação. Essa pesquisa qualitativa foi

realizada através de uma discussão em grupo, além de onze entrevistas em profundidade semiestruturadas que utilizou a fenomenologia como base para análise dos dados. O objetivo principal foi descrever as experiências de 16 mães de bebês prematuros extremos internados na UTIN em relação ao processo de vinculação (Medina et al., 2018).

Embora muitos artigos abordem as experiências maternas e a importância das suas ações para a vinculação com seus bebês (Medina et al., 2018; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016; Provenzi et al., 2018), a participação dos pais do sexo masculino é também importante nesse processo, daí que o presente estudo tenha pretendido analisar o conhecimento dos fisioterapeutas sobre a importância do vínculo pais-bebê, ou seja, pais de ambos os sexos.

Kim et al. (2017) em um estudo piloto com desenho quase-experimental, avaliaram os efeitos da estimulação tátil realizada por 20 pais do sexo masculino em seus respectivos bebês em comparação ao grupo controle com o mesmo número amostral que não recebeu a estimulação. A conduta foi efetuada 10 minutos por dia, durante 5 dias consecutivos e evidenciou através da Escala de Apego Paterno, desenvolvida pelo próprio autor (1994), aumento do apego entre pais e bebês em comparação ao grupo controle, demonstrando a estimulação tátil realizada pelos pais do sexo masculino como um meio eficiente para fomentar a vinculação (Kim et al., 2017).

O incentivo para que os pais conversem e/ou cantem com seus bebês foi uma conduta realizada por metade da amostra (Tabela 3) para promoção do vínculo, tal prática foi identificada por Provenzi et al. (2018) como fator de proteção contra a separação precoce entre mãe e bebê, ajudando a organizar os estados comportamentais principalmente no período neonatal, que parece ser o mais sensível à voz materna, seja cantando, lendo ou gravada. Os autores chegaram a esta conclusão após uma revisão sistemática realizada no período de 1996 a 2016 que incluiu 18 artigos (Provenzi et al., 2018).

Outra conduta também citada, porém, em menor proporção, foi o *holding/colo* dos pais por 42,9% dos fisioterapeutas (Tabela 3). O “*holding*”, definido como uma intervenção realizada naturalmente pelos pais que consiste em carregar o bebê no colo, com significado não apenas de sustentação, mas também de envolvimento, proteção e acolhimento (Fleury et al., 2014; Neu et al., 2013), é descrito por Pineda et al. (2018) como uma conduta que fortalece a relação afetiva entre pais e filhos e possui impacto

positivo no desenvolvimento da criança, pois promove a organização motora e diminui o gasto energético e impacto sobre os demais sistemas (Pineda et al., 2018).

O envolvimento dos pais nos cuidados básicos do bebê (troca de fraldas, oferta da dieta, banho terapêutico, contenção durante condutas dolorosas) foi referido por 35,7% dos fisioterapeutas (Tabela 3) como conduta para incentivar o vínculo entre pais e bebês, corroborando com outros estudos que referem que permitir a participação dos pais na troca de fraldas, na organização do leito e na oferta da dieta são gestos simples, porém de grande relevância para os pais (Altimier e Phillips, 2016; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016). Essa prática também é descrita no estudo de Medina et al. (2018) como uma maneira das mães se sentirem úteis, o que auxilia na formação do vínculo mesmo diante das dificuldades impostas pelo ambiente da UTIN (Medina et al., 2018).

Apenas um fisioterapeuta referiu que estimulava o vínculo ressaltando as semelhanças do bebê com os familiares (Tabela 3), o que também foi mencionado na literatura como sendo uma maneira de envolver os pais nos cuidados do seu bebê e incentivar o vínculo. Sinalizar as habilidades do RN, ressaltar suas conquistas diárias e as suas individualidades, atrai a atenção dos pais, diminui o estresse, reduz os sentimentos negativos causados pelo internamento, facilita a interação e aumenta a confiança na capacidade de cuidar, favorecendo o empoderamento e por consequência a vinculação (Altimier e Phillips, 2016; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

O aleitamento materno foi citado por apenas 26,2% da amostra como meio de promoção ao vínculo entre pais e bebês (Tabela 3). A literatura descreve essa conduta como um dos incentivadores mais importantes do vínculo materno e do desenvolvimento emocional da criança (Cetisli et al., 2018) devido aos grandes períodos de relação de proximidade entre mãe e filho exigidos pela amamentação, que resulta no desenvolvimento da responsividade e sensibilidade da mãe aos sinais do seu bebê e otimiza o vínculo entre eles (Cetisli et al., 2018; Gibbs et al., 2018). Além disso, ao analisar a atividade encefálica das mães através de Ressonância Nuclear Magnética durante a amamentação, Kim et al. (2011) perceberam a ativação de áreas relacionadas ao vínculo afetivo o que sugere que essa prática favorece a formação do apego seguro (Kim et al., 2011).

A baixa taxa de incentivo dos fisioterapeutas ao aleitamento materno (26,2%) observada na Tabela 3, pode estar associada ao fato dos profissionais não considerarem uma prática

de tal maneira relevante para o desenvolvimento, visto que ao analisar a Tabela 5, pode-se observar que dos dezessete fisioterapeutas que referem a formação do vínculo como sendo importante para o DNPM pois estimula o *desenvolvimento emocional/social* do bebê, somente 29,4% incentivam o aleitamento materno, assim como apenas 28,6% (n=7) dos que citaram o vínculo como importante para o *desenvolvimento cognitivo* e 25% dos que apontaram o *desenvolvimento físico/motor* (n=32). Nenhum fisioterapeuta que indicou o *desenvolvimento psíquico* (n=3) como motivo para incentivar o vínculo utiliza o incentivo ao aleitamento materno como conduta.

A orientação dos pais sobre aspectos gerais da UTIN, em relação aos equipamentos, sobre o bebê, como possibilidade de manuseios, entre outros, foi citado como forma de incentivo ao vínculo entre pais e bebês por apenas 26,2% dos fisioterapeutas (Tabela 3). Porém, a comunicação frequente e clara entre pais e equipe de saúde é descrita na literatura como fator primordial para aumentar a segurança dos pais e torná-los mais ativos no processo de cuidados do bebê, o que diminui a ansiedade e favorece a vinculação, pois sentem-se mais úteis e capazes enquanto cuidadores (Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016; Wigert et al., 2006). Sweeney et al. (2010) afirmam que a base fundamental para o sucesso da fisioterapia no cuidado neonatal é a parceria com a família. Educar e orientar os pais quanto aos sinais emitidos pelo RN para que respondam adequadamente às necessidades do seu filho, otimiza a interação entre pais e filhos (Sweeney et al., 2010).

A baixa percentagem de fisioterapeutas a referir a *orientação dos pais* como uma forma de incentivar o vínculo pode estar associada ao fato da equipe de fisioterapia não considerar essa conduta como sendo parte da sua intervenção e/ou responsabilidade, já que o cuidado neonatal (RN e família) é uma função tradicionalmente da enfermagem, como pode ser evidenciado em muitas publicações científicas, que embora não atribuam esta competência especificamente a enfermagem, enfatizam a importância da atuação dos enfermeiros na aproximação dos pais e seu filho (Barbosa, 2013; Medina et. al, 2018; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016; Sanino et al., 2011).

Apenas 4,8% (Tabela 3) dos profissionais afirmam *incentivar a permanência dos pais na unidade*, porém, a presença dos pais na UTIN e seu envolvimento com o RN é descrita por Pennestri et al. (2015) como sendo um dos fatores que auxiliam na redução dos

resultados negativos associados ao ambiente estressante da UTIN, tanto nos pais quanto nos bebês, incluindo o risco do estabelecimento de um apego desorganizado (Pennestri et al., 2015).

Quando questionados se é possível incentivar o vínculo entre pais e bebês que estejam em uso de algum suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo), quarenta e um fisioterapeutas (97,6%) responderam que sim. Entre as formas descritas para o incentivo estão o *toque/contato* por 63,9% dos fisioterapeutas, seguido do *colo* por 47,2% (Tabela 14). Como já descrito, essas condutas são apoiadas pela literatura, uma vez que o contato físico é um dos elementos mais importantes para estabelecer o vínculo interrompido após o nascimento entre pais e bebês (Medina et al., 2018). Portanto, mesmo que o RN esteja em uso de algum suporte ventilatório é necessário incentivar os pais a tocar em seu bebê e quando possível clinicamente, colocá-los no colo. Neste contexto, Pineda et al. (2018) descreveram em seu estudo que, as condutas de incentivo ao *holding* em bebês utilizando ventilação mecânica, dependem do nível de conforto da equipe médica, da de enfermagem e dos pais (Pineda et al., 2018).

Incentivar que pais *conversem/cantem* com os seus bebês foi referido por 41,7% dos participantes como meio de estímulo ao vínculo pais-bebê em uso de ventilação mecânica (Tabela 14), conforme citado anteriormente, autores descrevem que estimular a conversa entre pais e bebês, pode funcionar como fator de proteção contra a separação precoce (Provenzi et al., 2018) e pode ser uma conduta utilizada mesmo em situações de gravidade clínica.

No presente estudo, o CPP é referido por apenas 19,4% dos fisioterapeutas como meio de incentivo ao vínculo pais-bebê em uso de ventilação mecânica (Tabela 14), enquanto a conduta é citada por 76,2% dos participantes (Tabela 3) quando o bebê não está usando o suporte ventilatório, o que significa que os fisioterapeutas modificam suas práticas de estímulo ao vínculo quando os RN estão em ventilação mecânica. Uma hipótese para essa mudança de práticas pode ser o receio dos profissionais devido ao risco de extubação ou falta de tempo por excesso de trabalho na UTIN, já que essa conduta requer disponibilidade, em virtude da presença dos equipamentos e necessidade de cuidado ainda maior. Nesse sentido, Azevedo et al. (2011) em seu estudo mostraram que utilizar o CPP em pacientes ventilados e estáveis clinicamente é possível e beneficia o DNPM, pois

favorece o estado de sono profundo, conserva energia e promove liberação do hormônio do crescimento, condições que são fundamentais para desenvolvimento do sistema nervoso (Azevedo et al., 2011).

Não se detectou associação significativa ($p=0,385$) entre o fato de o fisioterapeuta ter residência/especialização em Neonatologia e este afirmar ser possível o incentivo ao vínculo com bebês em uso de suporte ventilatório, uma vez que a vasta maioria referiu ser possível e não existiu número suficiente de fisioterapeutas sem residência e/ou especialização em Neonatologia (Tabela 15).

No presente estudo, os fisioterapeutas referem que os motivos pelos quais consideram importante a formação do vínculo entre pais e bebês estão ligados ao estímulo de quatro áreas: *Desenvolvimento físico/motor*, *Desenvolvimento cognitivo*, *Desenvolvimento psíquico* e *Desenvolvimento emocional/social*, áreas que vão promover, globalmente, o desenvolvimento neuropsicomotor do RN. Os motivos mais citados foram o fato de a formação do vínculo promover o *Desenvolvimento físico/motor* uma vez que o vínculo fornece estímulos positivos para o desenvolvimento neuropsicomotor (31%), melhora o estado físico/padrão motor do RN (21,4%), diminui a dor (16,7%), estabiliza os marcadores fisiológicos (19%) e facilita o ganho de peso (16,7%); além de promover o *Desenvolvimento emocional/social* na medida que a formação da vinculação melhora o estado comportamental do bebê (21,4%), permitindo uma maior estabilidade emocional e a diminuição dos períodos de choro, por exemplo (Tabela 4).

No que se refere aos motivos/fatores que consideram relevantes para estimular o vínculo (Tabela 4), as respostas apresentadas pelos fisioterapeutas do presente estudo vão ao encontro do que a literatura aponta com benefícios, nomeadamente Pados (2019) que refere que o estresse gerado pela UTIN, aumenta os níveis de corticoesteróides e cortisol devido a ativação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA), alterando estruturas do SNC e estruturas periféricas (ossos, reduzindo atuação do sistema imunológico, aumentando o risco de infecção) respectivamente. Esses efeitos negativos relacionados ao internamento e a separação precoce podem ser minimizados através do CPP que aumenta a liberação de ocitocina e bloqueia a ativação do eixo HPA, promovendo redução do estresse. Consequentemente, melhora o vínculo entre mãe-bebê, otimizando o funcionamento dos sistemas, promovendo estabilidade fisiológica, o que facilita a

alimentação e o ganho de peso e impactando diretamente no desenvolvimento do RN (Pados, 2019).

Dos fisioterapeutas que afirmam que o motivo para incentivar o vínculo é o fato de este promover o *Desenvolvimento físico/motor*, 71,9% afirma incentivar os pais a fazer pele a pele com o bebê. A maioria que citou que o vínculo é importante para o *Desenvolvimento emocional/social* (n=14; 82,4%) e todos os que apontaram o *Desenvolvimento psíquico* (n=3) como motivo, também citaram o CPP como conduta (Tabela 5). O uso do CPP amplamente descrito pelos fisioterapeutas do presente estudo como conduta que incentiva o vínculo é sustentada por Pados (2019), que refere que essa conduta está associada a estimulação neurocomportamental de prematuros hospitalizados, promovendo melhor qualidade de movimento, menos hipertonia, menos excitabilidade e melhor comportamento mental (Pados, 2019).

Todos os profissionais que consideram o estímulo ao vínculo entre pais e bebês importante para o *Desenvolvimento cognitivo* (n=7), afirmam incentivar o toque; 85,7% (n=6) incentivam que os pais conversem e/ou cantem com seus bebês. Essas condutas citadas pelos fisioterapeutas são respaldadas pela literatura, o toque, assim como os manuseios adequados minimizam o estresse e facilitam os períodos de sono, importante para o desenvolvimento do SNC, o aprendizado e a memória (Altimier e Phillips, 2016; Azevedo et al., 2011). Além disso, como já descrito, cantar e conversar com o bebê ajuda a organizar os estados comportamentais (Provenzi et al., 2018), o que favorece o desenvolvimento neuropsicomotor.

Quando questionados sobre a existência de barreiras para estimulação do vínculo entre pais e bebês, 24 (57,1%) fisioterapeutas responderam que existem dificuldades (Tabela 7), ainda assim, todos os inquiridos afirmaram incentivar a vinculação. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre as respostas dos fisioterapeutas que identificaram a presença de barreiras ao incentivo do vínculo comparativamente com os que não as identificaram, a percentagem de fisioterapeutas que identificaram dificuldades e, ainda assim, incentivam determinadas condutas para a vinculação (contato pele a pele, colo dos pais, incentivo ao toque, orientações gerais), nesta amostra, é superior à dos que não identificaram existirem barreiras. Uma hipótese que a autora deixa como possível para justificar esse achado pode ser o fato de que ao

reconhecer a presença de obstáculo de incentivo ao vínculo, o profissional utiliza meios para contorná-los e não prejudicar o processo de vinculação.

De uma maneira geral, as barreiras e/ou dificuldades para promoção do vínculo entre pais e bebês mais referidas pelos fisioterapeutas são impostas pela própria equipe multidisciplinar (40,5%), seguido dos processos ou dinâmica do trabalho da UTIN (19%) e gravidade clínica dos RN (11,9%) (Figura 1). A literatura identifica algumas barreiras ao incentivo do vínculo mãe-bebê, corroborando com os resultados do presente estudo, Fleury et al. (2014) em um estudo qualitativo que avaliou as percepções e ações de profissionais de saúde em relação ao vínculo mãe-bebê numa unidade de terapia intensiva neonatal, revelou que os participantes atribuíram falta de preparo da equipe multidisciplinar para lidar com questões emocionais das mães, o que pode dificultar a vinculação (Fleury et al., 2014).

De forma mais detalhada (Tabela 9), observou-se que o excesso de trabalho da unidade, devido ao grande número de bebês internados e a necessidade de realização de muitas atividades burocráticas, foi caracterizada por 19% dos fisioterapeutas como a principal dificuldade para estimulação do vínculo entre pais e bebês. Nesse contexto, Altimier e Phillips (2016) e Twohig et al. (2016) descrevem que trabalhar numa UTI é uma atividade estressante e de desafios emocionais que impõe risco de exaustão à equipe e compromete a qualidade da assistência, devido a redução da capacidade de fornecer apoio efetivo aos bebês e suas famílias. Portanto, o suporte à saúde mental promove não somente o bem-estar dos profissionais de saúde como também garante um cuidado adequado e eficiente que os RN e seus pais necessitam (Altimier e Phillips, 2016; Twohig et al., 2016).

Dificuldades relacionadas as características pessoais dos membros da equipe foram referidas por 11,9% dos fisioterapeuta (falta de interesse e disponibilidade de alguns profissionais, falta empatia); tendo 7,1% dos fisioterapeutas especificado que a equipe médica não incentiva o vínculo (Tabela 9). Este fato pode estar ligado a menor capacitação dessa categoria profissional em relação ao tema, conforme sugerido por Twohig et al. (2016) que evidenciaram em seu estudo menor conhecimento dos médicos em relação ao vínculo entre mães e bebês quando comparado aos demais membros da equipe, o que pode limitar a promoção do vínculo na UTIN. Além disso, Fegran et al.

(2008) citam que a preocupação da enfermagem com a segurança do RN pode ser uma barreira para o CPP, o que também restringe o incentivo ao vínculo (Fegran et al., 2008).

Outra barreira identificada pelos participantes do presente estudo foi a gravidade clínica do RN (Tabela 9). Alguns autores descrevem que os pais evitam a aproximação de seus filhos quando esses possuem uma patologia grave devido a possibilidade de perda, assim como, o medo de interferir no suporte tecnológico, de transmitir infecção e magoar o RN devido sua aparente fragilidade limitam o contato físico (Medina et al., 2018). Contudo, no presente estudo, a gravidade clínica também é mencionada como uma circunstância que condiciona as práticas do fisioterapeuta, o que poderá estar associado ao receio de agravar a situação ou por impossibilidade real em virtude da instabilidade clínica do RN.

Do mesmo modo, a situação socioeconômica dos pais foi identificada pelos fisioterapeutas como barreira ao incentivo do vínculo (Tabela 9). De forma análoga, Browne e Talmi (2005) e Pineda et al. (2018) também descrevem que a falta de transporte e recursos financeiros para ir ao hospital diariamente é um obstáculo à frequência dos pais na UTIN. Outros fatores identificados pelos autores foram a falta de apoio de outros familiares, principalmente quando existem outros filhos pequenos em casa, que dificulta a presença dos pais na unidade e, conseqüentemente, limita o contato físico e o processo de vinculação (Browne e Talmi, 2005; Pineda et al., 2018).

Em relação a existência de agentes facilitadores ao estímulo ao vínculo entre pais e bebês na UTIN, os mais citados foram a qualificação da equipe multidisciplinar por 15 (35,7%) fisioterapeutas, o fato do hospital proporcionar capacitação da equipe por 14 (33,3%) fisioterapeutas e o empenho da equipe em colocar em prática condutas que estimulam a vinculação citado por 13 (31%) profissionais (Tabela 10). Em ordem de importância e de uma maneira geral, a equipe foi apontada como o facilitador mais importante do estímulo ao vínculo por 66,7% dos participantes, sendo que 9,5% consideraram também como mais importante o acesso dos pais 24 horas na UTIN (Figura 2). O acesso dos pais 24 horas na UTIN é ainda referido em segundo ou terceiro lugar por mais 11,9% dos fisioterapeutas. Os resultados encontrados vão ao encontro com os descritos na literatura que destacam a atuação da equipe multidisciplinar como fundamental no processo de incentivo a vinculação, bem como a presença dos pais na unidade através do acesso livre durante as 24 horas (Fleury et al., 2014).

Analisando de uma maneira mais detalhada, o preparo da equipe multidisciplinar para estimular o vínculo entre pais e bebês foi o agente facilitador referido como mais importante pelos fisioterapeutas (23,8%), seguido do fato de o hospital proporcionar capacitação referente ao tema para os profissionais (19%) e a iniciativa do “Hospital Amigo da Criança”, corroborando mais uma vez com o relato de Fleury et al. (2014) descrito anteriormente. Além disso, hospitais que capacitam as suas equipes com programas de intervenções voltadas para a família que incluem os pais como participantes ativos no processo de recuperação do RN são também citados como facilitadores do vínculo entre pais e bebê (Altimier e Phillips, 2016; Villamizar-Carvajal et al., 2018).

Alguns autores descrevem que, para incluir os pais nos cuidados do seu bebê, é necessário que a equipe esteja preparada para educar e orientar os pais em relação aos sinais fornecidos pelo RN, para que da mesma maneira interajam no momento mais adequado e de maior responsividade. Quando os pais iniciam um contato com seu filho e não obtêm um feedback, gera uma frustração e inibe novas iniciativas, enfraquecendo o vínculo. No caso dos prematuros, essas dicas são ainda mais sutis devido a imaturidade do SNC, por isso, os pais precisam estar mais atentos, sendo primordial o apoio dos profissionais nesse sentido. A sensibilidade e responsividade materna às formas de comunicação do bebê facilitam o desenvolvimento do apego seguro (Pennestri et al., 2015; Vittner et al., 2017).

A equipe médica como facilitadora e a presença do psicólogo e do terapeuta ocupacional foram citados por apenas 2,4% dos participantes (Figura 3). Embora o acompanhamento do psicólogo e do terapeuta ocupacional tenha sido citado por uma pequena percentagem no presente estudo, existe referência que a criação de uma rede de apoio através da formação de grupos de pais guiados por um psicólogo, diminui a angústia através da troca de experiências, soluciona dúvidas, e aproxima os pais da unidade e do seu bebê (Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

Todos os 42 fisioterapeutas consideram necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTI, dos quais, metade refere que a responsabilidade é de todos os profissionais e 45,2% descreve que a equipe influencia os pais, aproximando-os de seus filhos, o que aumenta a confiança nos profissionais e facilita a vinculação (Tabela 12), corroborando com a literatura que refere a participação da equipe multidisciplinar como de fundamental importância para

aproximação entre os pais e o bebê internado. Os profissionais devem informar sobre o quadro clínico do RN, esclarecer as dúvidas em relação aos equipamentos e medicações que estão sendo utilizados para seu tratamento, e principalmente, salientar a importância da presença dos pais no cuidado, incentivando o toque, a conversa e, assim que as condições clínicas permitirem, o CPP (Altimier e Phillips, 2016; Medina et al., 2018).

A relação do fato de o fisioterapeuta considerar importante o envolvimento da equipe multidisciplinar para promoção do vínculo entre pais e bebês com a existência de agentes facilitadores do incentivo ao vínculo, evidenciou que mais da metade dos participantes (n=15, 53%) que identificaram a equipe como facilitador, responderam que toda a equipe deve estar envolvida no processo de vinculação. Relativamente aos que identificam como agente facilitador o acesso dos pais 24 horas na unidade, cerca de dois terços (n=6; 66,7%) considera que a equipe influencia os pais através do conhecimento sobre a importância do vínculo estimulando essa ligação entre pais-bebê, uma vez que aproxima-os e aumenta a relação de confiança com os profissionais (Tabela 11). Nesse contexto, Medina et al. (2018) e Phuma-Ngaiyaye e Kalembo (2016) descrevem a importância da criação de uma relação de confiança entre pais e equipe multidisciplinar. A comunicação clara e eficiente, encoraja, reduz a ansiedade e promove maior participação dos pais nos cuidados do bebê (Medina et al., 2018; Phuma-Ngaiyaye e Kalembo, 2016).

Quando analisado o fato de o fisioterapeuta considerar importante o envolvimento da equipe multidisciplinar para promoção do vínculo entre pais e bebês com a existência de barreiras e/ou dificuldades, observou-se que mais da metade dos fisioterapeutas (n=12; 54,5%) que citaram a equipe como barreira ao incentivo ao vínculo, descreveu que toda a equipe deve estar envolvida nesse processo e 9 (40,9%) consideram que a equipe influencia os pais, aproximando-os do seu bebê e por isso facilita a vinculação (Tabela 13). Esses resultados estão de acordo com os descritos na literatura, que evidenciam a importância fundamental da equipe de saúde e demonstram que a falta de apoio de qualquer uma das categorias pode comprometer a promoção do vínculo entre pais e bebês. Fleury et al. (2014), sugerem em seu estudo que a equipe deve sempre aproximar-se dos pais através de uma melhor compreensão dos sentimentos associados à doença e internamento do seu filho. Além disso, a criação de estratégias para envolver os pais durante os cuidados do RN devem ser discutidas diariamente entre a equipe de saúde da UTIN, pois interfere positivamente no desenvolvimento do vínculo (Fleury et al., 2014).

Em relação a existência de formas utilizadas para avaliar o impacto do vínculo entre pais e bebês no desenvolvimento neuropsicomotor dos RN, quarenta e um fisioterapeutas (97,6%) afirmaram existir formas de avaliação, dos quais, 64,3% descreveram que avaliam o impacto do vínculo através de alterações *no Estado Físico* e 52,4% citam que avaliam através de alterações *no Estado Comportamental/Emocional* (Tabela 16). Dos 64,3% fisioterapeutas que disseram avaliar o impacto através das alterações *no Estado Físico*, podemos destacar que 57,2% relatam especificamente avaliar de forma objetiva através de medição de parâmetros fisiológicos (FC, FR, PA e O2), do ganho de peso e através da utilização de escalas da dor (Tabela 16). Assim como descrito pelos fisioterapeutas do presente estudo, alguns autores avaliaram o impacto positivo do vínculo no DNPM através dos marcadores fisiológicos. Kim et al. (2017) identificaram em seu estudo melhora no estado físico dos bebês que receberam estimulação tátil realizada pelos pais em relação ao grupo controle. O grupo intervenção apresentou níveis significativamente maiores de saturação de oxigênio e significativamente menor de FC e FR ($p < 0,05$), além disso, o tamanho do efeito mostrou-se moderado a grande, variando entre 0,67 e 1,10. Nesse estudo a estimulação tátil realizada pelos pais foi descrita com conduta potencializadora do vínculo (Kim et al., 2017).

Outro estudo evidenciou impacto positivo nos marcadores fisiológicos, nomeadamente, Cho et al. (2016) identificaram redução significativa da frequência respiratória dos RN que receberam CPP em relação ao grupo controle. Portanto, essa medida também pode ser utilizada para avaliar o impacto do vínculo entre pais e bebês no DNPM, visto que melhores sinais fisiológicos sinalizam melhor estabilidade clínica que interfere direta e positivamente no desenvolvimento do RN.

Os fisioterapeutas que relataram a melhoria do estado físico/padrão motor (40,5%), não especificaram a forma como avaliavam estes parâmetros (se de forma objetiva e/ou subjetiva) (Tabela 16). Contudo, Pineda et al. (2018) descreveram o impacto positivo no DNPM de condutas que incentivam o vínculo, nomeadamente, os autores verificaram em seus resultados que a maior participação dos pais na UTIN através do *holding* e CPP teve relação significativa com melhor desenvolvimento dos reflexos, menor assimetria e melhor desenvolvimento motor fino e grosso a longo prazo. A avaliação foi realizada de forma objetiva através da *NICU Network Neurobehavioral Scale (NNNS)*, escala utilizada para avaliar perfis neurocomportamentais de bebês de risco (Boukydis et al., 2004),

sugerindo que o estímulo ao vínculo através das condutas descritas (*Holding* e CPP), apresenta impacto positivo no padrão motor (Pineda et al., 2018).

Alguns estudos também citam o uso de escalas como ferramenta para observação comportamental dos bebês, podendo estas serem incluídas na prática clínica do fisioterapeuta para avaliar o impacto do vínculo no DNPM, Browne e Talmi (2005) e Neu et al. (2013) utilizaram em seus estudos a *Assessment of Preterm Infant Behavior* (APIB), desenvolvida por Heildelise Als (1983). A APIB é uma versão aperfeiçoada da *Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale* (BNBAS), ambas fornecem uma estrutura de observação sistemática das reações comportamentais do RN frente a diversos estímulos (Browne e Talmi, 2005; Neu et al., 2013). Cetisli et al. (2018) utilizaram em seu estudo a *Maternal Attachment Inventory* (MAI), desenvolvida por Mary Muller (1994), uma escala que avalia o vínculo entre mãe e bebê e embora não avalie o impacto do vínculo no DNPM, pode apresentar utilidade na prática clínica da equipe multidisciplinar (Cetisli et al., 2018).

Nesse contexto, vale mencionar que alguns autores sugerem que a observação criteriosa do bebê com o objetivo de identificar sinais fisiológicos e neurocomportamentais são essenciais para o DNPM, pois indicam a resposta do RN diante de diversas condutas realizadas na UTIN. Portanto, esses sinais também podem ser utilizados como forma de avaliar o impacto das condutas que estimulam o vínculo entre pais e bebês no desenvolvimento do RN. Os “sinais de aproximação ou de disponibilidade” apresentados pelo RN são verificados através da estabilidade dos marcadores fisiológicos (FC, FR, saturação de oxigênio), movimentos de sucção, preensão palmar, contato visual e postura mais organizada com tendência a linha média. Os “sinais de retraimento ou de estresse”, por sua vez, mostram quando o bebê não está disponível para interação e são identificados através da queda da saturação de oxigênio, taquicardia ou bradicardia, episódios de apneia, palidez, flacidez muscular, caretas faciais, desvio do olhar, protusão de língua e arqueamento do tronco (Blanchard e Oberg, 2015; King e Norton, 2017).

Embora tenham citado a melhora dos estados comportamentais, nenhum fisioterapeuta do presente estudo citou, especificamente, a melhora dos estados de sono como meio de avaliar o impacto das condutas que incentivam o vínculo no desenvolvimento do RN. A regularidade dos ciclos sono-vigília é descrita pela literatura como fundamental para o

DNPM, pois favorece a liberação do hormônio de crescimento, o aprendizado e o armazenamento de memórias (Altimier e Phillips, 2016; King e Norton, 2017), também podendo ser utilizado como parâmetro de avaliação.

Não houve associação significativa ($p=0,329$) entre o fato de o fisioterapeuta ter respondido não existir forma de avaliar o impacto do vínculo no desenvolvimento neuropsicomotor, e este responder incorretamente ao que é o vínculo pais-bebê, já que apenas um fisioterapeuta disse não existir forma de avaliação. Ainda assim, e dada a limitação da pequena dimensão da amostra, salienta-se que entre os 12 fisioterapeutas que respondem incorretamente ao que entendem por vínculo, 25% (3 deles) dizem também não haver forma de avaliar o impacto desse vínculo (Tabela 17).

O presente estudo apresenta como limitação o pequeno número da amostra e o fato de ter sido investigado apenas os fisioterapeutas das UTI neonatais da rede pública de uma cidade do Nordeste do Brasil, o que pode não refletir a realidade dessa categoria profissional em relação ao conhecimento sobre a influência do vínculo pais e bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor dos RN. Novos estudos com uma maior dimensão da amostra, ou em pequenas amostras espalhadas por todo um estado ou pelo país, e até mesmo investigando a percepção dos pais relativamente à qualidade e efetividade das condutas utilizadas pelos fisioterapeutas para estimulação do vínculo, podem demonstrar com maior precisão maneiras de aperfeiçoar a vinculação entre pais e bebês e garantir com isso que os RN internados tenham o DNPM mais próximo possível da normalidade. De salientar que há também pontos fortes, neste caso a novidade de ser realizado com uma amostra homogênea de fisioterapeutas, quase todos com residência ou especialização em neonatologia, todos trabalhando em UTIN, a maioria com mais de cinco anos de atuação na área, pelo que os resultados refletem a realidade por eles sentida. Este estudo é um ponto de partida para mais estudos com amostras e metodologia semelhantes, ou amostras diferentes que poderão ser alvo de comparação desde que seguindo uma metodologia idêntica.

VI. CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou analisar o conhecimento dos fisioterapeutas acerca da importância do incentivo ao vínculo pais-bebê para o DNPM do RN internado na UTIN. Evidenciou que a maioria dos fisioterapeutas que trabalham nas UTI Neonatais envolvidas tem conhecimento em relação ao conceito de “vínculo” à importância do vínculo entre pais e bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor e todos afirmam estimular a sua formação na unidade onde trabalham.

Não foi identificada qualquer relação entre o tempo de formação acadêmica, o de atuação, especialização e forma de atualização na área de neonatologia com o ter conhecimento sobre o que é o vínculo pais-bebês. Contudo, à medida que aumenta a idade dos fisioterapeutas, aumenta o conhecimento do que é o vínculo ($p < 0,05$). Este fato poderá sugerir que, nesta amostra, fatores relacionados com *experiência de vida* dos fisioterapeutas possam ter influenciado o seu aprofundamento do tema, influenciando mais do que os fatores relacionados com o tempo formação, residência e atuação na área da neonatologia.

Os meios mais citados pelos fisioterapeutas para fomentar a vinculação foram: o contato pele a pele (76,2%), o incentivo ao toque (61,9%); o incentivo para que os pais cantem e/ou conversem com seus filhos (50%); o método canguru (47,6%) e o *holding/colo* dos pais (42,9%). O envolvimento dos pais nos cuidados do bebê (35,7%); o incentivo ao aleitamento materno (26,2%); orientações gerais sobre o bebê, equipamentos e manuseios (26,2%); o incentivo ao contato visual (7,1%); o incentivo a permanência dos pais na unidade (4,8%) e ressaltar características individuais do bebê (2,4%) também foram condutas descritas, porém em menor proporção. Nota-se pouco incentivo ao aleitamento materno, conduta descrita pela literatura como uma das mais importantes para formação do vínculo entre pais e bebês.

A grande maioria dos fisioterapeutas (97,6%) afirmam que existem formas de avaliação do impacto do vínculo no DNPM, dos quais 64,3% avaliam através de alterações no *Estado Físico* e 52,4% através de alterações no *Estado Comportamental/Emocional*. Dos 64,3% fisioterapeutas que responderam avaliar o impacto através das alterações no

Estado Físico, podemos salientar que 57,2% relatam especificamente avaliar de forma objetiva através de medição de parâmetros fisiológicos (FC, FR, PA e O2), do ganho de peso e através da utilização de escalas da dor. Os fisioterapeutas que relataram a melhoria do estado físico/padrão motor (40,5%), não especificaram a forma como avaliavam estes parâmetros (se de forma objetiva e/ou subjetiva).

A participação da equipe multidisciplinar foi descrita como fundamental para o estímulo ao vínculo, sendo ressaltado por alguns participantes que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema aproxima e aumenta a confiança dos pais, fortalecendo o vínculo.

No geral, as barreiras ao estímulo do vínculo mais citadas estavam relacionadas a própria equipe multidisciplinar, para além disso, condições associadas ao processo de trabalho, como a sobrecarga devido a internação de muitos RN e limitações associadas aos pais, como dificuldades socioeconômicas e medo da aproximação, também foram referidas.

Do mesmo modo que a equipe foi referida como barreira ao incentivo do vínculo, também foi descrita como principal agente facilitador, assim como o acesso 24 horas dos pais na UTI.

Implicações para a prática clínica

Devido à importância do estímulo ao vínculo entre pais e bebês para o DNPM do RN, não esquecendo da necessidade de criar/incentivar esse vínculo em maior número de casos, e baseado na importância da equipe multidisciplinar na concretização desse processo de vinculação, a realização sistemática de módulos de treinamento para equipe multidisciplinar ministrados por fisioterapeutas, explicando a importância do vínculo entre pais e bebês para o desenvolvimento do RN é uma possibilidade para capacitação e engajamento constante dos profissionais de saúde. Outra possibilidade é a criação de oficinas multidisciplinares abrangendo aulas teóricas e práticas com o objetivo de educar e orientar os pais sobre a importância do vínculo, sobre cuidados gerais do bebê, importância da amamentação, explicações em relação ao toque adequado, realização de estimulação tátil e sinais emitidos pelos bebês, além de conversas mais informais com a

equipe médica esclarecendo dúvidas gerais sobre as patologias mais comuns são maneiras de aproximar e empoderar os pais facilitando a formação do vínculo.

VII. REFERÊNCIAS

Als H. (1982). Toward a synactive theory of development. Promise for the assessment and support of infant individuality, *Infant Mental Health Journal*, 3, pp. 229-243.

Altimier L. e Phillips R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care, *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16, pp. 230-244.

Arakaki V. et al. (2015). Importance of physiotherapy/nursing multidisciplinary integration about update newborn position in the neonatal intensive care unit, *Fisioterapia em Movimento*, 28(3), pp. 437-45.

Azevedo V., David R. e Xavier C. (2011). Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais, *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(2), pp. 133-138.

Barbosa, A. (2013). *Método Canguru: Conhecimentos, Crenças e Práticas dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto. [Em linha]. Disponível em <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Dissertação%20Método%20Canguru%20Conhecimentos%20Crenças%20e%20Práticas%20dos%20Enfermeiros.pdf>> [Consultado em 31/05/2019].

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

Bergman J. e Bergman N. (2013). Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs, *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), pp. 8-13.

Blanchard Y. e Oberg G. (2015). Physical therapy with newborns and infants: applying concepts of phenomenology and synactive theory to guide interventions, *Informa HealthCare*, pp. 1-5. [Em linha]. Disponível em <<http://informahealthcare.com/ptp>> [Consultado em 28/03/2019].

Boukydis C., Bigsby R. e Lester B. (2004). Clinical use of the Neonatal Intensive Care Unit Network Neurobehavioral Scale, *Pediatrics*, 113, pp. 679-689.

Bowlby J. (1982). *Attachment and Loss*. New York, Basic Books.

Bowlby J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. S. Monteiro de Barros (trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Browne J. e Talmi A. (2005). Family-Based Intervention to Enhance Infant–Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit, *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8) pp. 667-677.

Brum E. e Schermann L. (2007). Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo, *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(2), pp.12-23.

Burns Y. e MacDonald J. (1999). *Fisioterapia e crescimento na infância*. São Paulo, Livraria Santos Editora.

Cetisli N., Arkan G. e Top E. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviours according to type of delivery in the immediate postpartum period, *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64(2), pp.164-169.

Cho E. et al. (2016). The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal–Infant Attachment, and Maternal Stress, *Journal of Pediatric Nursing*, 31, pp. 430-438.

Chokshi T. et al. (2013). Practice patterns of physiotherapists in neonatal intensive care units: A national survey, *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 17 (6), pp 359-366.

Cong X. et al. (2015). Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants, *Early Human Development*, 91, pp. 401-406.

Costa R. e Padilha M. (2011). A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), pp. 248-55.

Driver C. et al. (2016). Knowledge, behaviours, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review, *Disability and Rehabilitation*, 39(22), pp. 2237-2249. [Em linha]. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1223176>>. [Consultado em 31/05/2019].

Fegran L., Helseth S. e Fargemoen M. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), pp. 810-816.

Fleury C., Parpinelli M. e Makuch M. (2014). Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(313), pp. 1-10.

Formiga C. e Linhares M. (2011). Follow-up do desenvolvimento do bebê de Risco. In: Sarmento GJV et al (2011). *Fisioterapia Respiratória em Pediatria e Neonatologia*. 2ª Edição, São Paulo, Editora Manole, pp. 556-562.

Gibbs B., Forste R. e Lybbert E. (2018). Breastfeeding, Parenting, and Infant Attachment Behaviors, *Maternal and Child Health Journal*, 31(janeiro).

Goldberg C. e Sant A. (2002). Desenvolvimento motor normal. In: Tecklin J. (2002). *Fisioterapia Pediátrica*. 3ª Edição, Porto Alegre, Editora Artmed, pp. 13-17.

Gray, D. (2012). *Pesquisa no mundo real*. 2ª ed. Porto Alegre, Penso-Artemed.

Ionio C. et al. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress, *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), pp. 604-621.

Jones H. e Santamaria N. (2018). Physiological benefits to parents from undertaking skin-to-skin contact with their neonate, in a neonatal intensive special care unit, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, pp. 1012-1017.

Kanagasabai P. et al. (2016). Behavioral responses to multisensory stimulation in preterm infants, *Journal of the Nepal Paediatric Society*, 36(2), pp.110-114.

Klaus M. e Kennell J. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kim M., Kim S. e Cho H. (2017). Effects of tactile stimulation by fathers on physiological responses and paternal attachment in infants in the NICU: A pilot study, *Journal of Child Health Care*, 21(1), pp.36-45.

King C. e Norton D. (2017). Does therapeutic positioning of preterm infants impact upon optimal health outcomes? A literature review, *Journal of Neonatal Nursing*, 23 (Abril), pp. 218-222.

Marciano R. e Amaral W. (2015). O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa, *Feminina*, 43(4), pp. 155-159.

Medina I. et al. (2018). Bonding in Neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers, *Women and Birth*, 31, pp. 325-220. [Em linha]. Disponível em <<http://www.elsevier.com/locate/wombi>> Consultado em [30/03/2019].

Ministério da Saúde (2017^a). *Bebês prematuros*. Brasil. [Em linha]. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br>> [Consultado em 15/03/2019].

Ministério da Saúde (2017^b). *Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico*, 3^a. Edição, Brasília, Brasil. [Em linha]. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs>> [Consultado em 20/03/2019].

Ministério da Saúde (2010). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC n° 7 de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, Brasil.

Neu M., Robinson J. e Schmiege S. (2013). Influence of Holding Practice on Preterm Infant Development, *Lippincott Williams & Wilkins*, 38(3), pp. 136-143.

Nóbrega F. (2005). *Vínculo Mãe/Filho*. Rio de Janeiro, Editora Revinter Ltda.

Novakoski K. et al. (2018). Back to the liquid environment: effects of aquatic physiotherapy intervention performed on preterm infants, *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 20(6), pp. 566-575.

Oberg G. et al. (2012). Study protocol: an early intervention program to improve motor outcome in preterm infants: a randomized controlled trial and qualitative study of physiotherapy performance and parental experience, *BMC Pediatrics*, 12(15), pp.1-9.

Oliveira B., Mendonça K. e Feitas D. (2015). Fisioterapia Motora no recém-nascido prematuro em Unidade Intensiva Neonatal: uma revisão sistemática, *ConScientiae Saúde*, 14(4), pp. 647-654.

Pados B. (2019). Physiology of Stress and Use of Skin-to-Skin Care as a Stress-Reducing Intervention in the NICU, *Nursing for Women's Health*, 23(1), pp. 59-70.

Pennestri M. et al. (2015). Attachment disorganization among children in Neonatal Intensive Care Unit: Preliminary results, *Early Human Development*, 91, pp. 601-606.

[Em linha]. Disponível em <<http://www.elsevier.com/locate/wombi>>. Consultado em [30/03/2019].

Persaud M. (2004). *Embriologia Clínica*. 7ª Edição, Elsevier Editora.

Phuma-Ngaiyaye E. e Kalembo F. (2016). Supporting mothers to bond with their newborn babies: Strategies used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in Malawi, *International Journal of Nursing Sciences*, 3, pp. 362-366.

Pineda R. et al. (2018). Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes, *Early Human Development*, 117, pp. 32-38. [Em linha]. Disponível em <<http://www.elsevier.com/journals/international-journal-ofnursinsciences/23520132>>. [Consultado em 26/03/2019].

Prado C. e Vale L. (2012). *Fisioterapia Neonatal e Pediátrica*. São Paulo, Editora Manole.

Provenzi L., Broso S. e Montirosso R. (2018). Do mothers sound good? A systematic review of the effects of maternal voice exposure on preterm infants' development, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 88, pp. 42-50. [Em linha]. Disponível em <journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev>. [Consultado em 01/05/2019].

Raymundo V. (2009). *Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística*. Letras de Hoje, Porto Alegre, 44 (3), pp. 86-93.

Ramires V. e Schineider M. (2010). Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), pp. 25-33.

Riechu T. et al. (2017). *Práticas em neurodesenvolvimento infantil: fundamentos e evidências científicas*. Curitiba, Editora Íthala.

Rodríguez J. (2017). Fisioterapia neurológica en unidad de cuidados intensivos en población neonatal, *Revista FisioGlía*, 4(2), pp. 29-32.

Sanino P. (2011). The 'broken' attachment between parents and preterm infant: how and when to intervene, *Early Human Development*, 87S, pp. 81S-82S. [Em linha]. Disponível em < <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.01.020>>. [Consultado em 29/04/2019].

Santos A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Revista Nascer e Crescer*, 20(1): pp. 26-31.

Santos M. e Filho F. (2016). Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura, *Universitas: Ciências da Saúde*, 14(1), pp. 67-76.

Segre C. (2003). Avanços em Neonatologia, *Revista Pediatria Moderna*, 39 (10), pp. 5-11.

Sharma N., Samuel A. e Aranha V. (2018). Pediatric Physiotherapists' Role in the Neonatal Intensive Care Unit: Parent and Health-care Providers' perspectives, *Journal of Clinical Neonatology*, 7(3), pp.111-115.

Sweeney J. et al. (2010). Neonatal Physical Therapy. Part II: Practice Frameworks and Evidence-Based Practice Guidelines, *Pediatric Physical Therapy*, pp.2-16.

Swinkels R. et al. (2011). Current use and barriers and facilitators for implementation of standardised measures in physical therapy in the Netherlands, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(106), pp. 1-15. [Em linha]. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/106>>. [Consultado em 31/05/2019].

Twohig A. et al. (2016). Supporting Preterm Infant Attachment and Socioemotional Development In The Neonatal Intensive Care Unit: Staff Perceptions, *Infant Mental Health Journal*, 37(2), pp. 160-171.

Vasconcelos G., Almeida R. e Bezerra A. (2011). Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal, *Fisioterapia em Movimento*, 24(1), pp. 65-73.

Villamizar-Carvajal B., Vargas-Porras C. e García-Corzo J. (2018). Decrease of premature mothers' stress levels in the intensive care unit, *Enfermería Intensiva*, 29(3), pp. 113-120.

Vittner D. et al. (2017). Increase in Oxytocin from Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent–Infant Relationship, *Biological Research for Nursing*, XX(X), pp. 1-9.

Yorke A., Littleton S. e Alsalaheen B. (2016). Concussion Attitudes and Beliefs, Knowledge, and Clinical Practice: A Survey of Physical Therapists, *Physical Therapy*, 96 (7), pp. 1018-1028. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.2522/ptj.20140598>>. [Consultado em 31/05/2019].

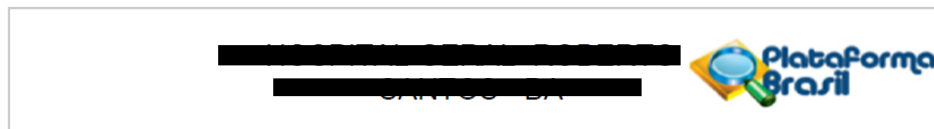
Zomignani A., Zambelli H. e Antonio M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros, *Revista Paulista de Pediatria*, 27(2), pp.198-203.

White-Traute R. et al. (2013). Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads, *Infant Behavior and Development*, 36(4), pp. 1-25.

Wigert H. et al. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, pp. 35-41.

VII. ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento dos fisioterapeutas sobre a influência do vínculo pais- bebês no desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal.

Pesquisador: POLIANA SILVA MORGADO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04274218.3.0000.5028

Instituição Proponente: [REDACTED]

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.159.801

Apresentação do Projeto:

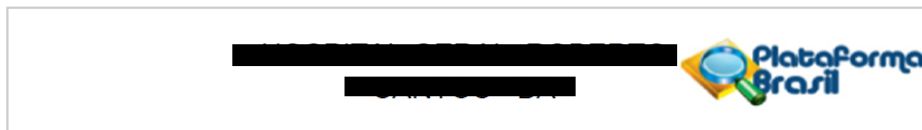
Trata-se de um estudo quantitativo-qualitativo que acontecerá em duas etapas: primeiro, desenvolver e validar um questionário que será aplicado aos fisioterapeutas e segundo um estudo observacional, transversal e descritivo que será realizado com todos os fisioterapeutas das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal da rede pública da cidade de [REDACTED] (utilizando o instrumento desenvolvido e validado). Na cidade de [REDACTED] apenas três maternidades na rede pública que possuem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Portanto, esses serão os locais onde serão realizadas as coletas de dados. O questionário desenvolvido pela Pesquisadora, contém questões abertas e fechadas, que coletarão informações como idade, sexo, formação acadêmica e especializações na área da fisioterapia neonatal,

além de informações sobre o conhecimento em relação ao vínculo pais-bebês, sua importância para o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido internado e se este é incentivado de alguma maneira nas unidades de terapia intensiva neonatal.

Será inicialmente realizado um teste piloto para avaliação da clareza e pertinência das questões e após as devidas adaptações, será verificada a sua confiabilidade através do teste/re-teste e a sua validade através da validade de conteúdo.

A escolha de questionário como instrumento de coleta de dados se deu por ser de fácil aplicação e pelo fato de que entrevista muitas vezes inibe a





Continuação do Parecer: 3.159.801

participação de alguns profissionais. Gray em 2012 relata que "Entrevistar tem potencial para uma ampla variedade de dificuldades. Dentro do local de trabalho, as pessoas podem relutar muito em responder perguntas relacionadas com as suas responsabilidades por se sentirem vulneráveis". Para avaliação da validade do instrumento construído pela investigadora, serão convidados fisioterapeutas especialistas em terapia intensiva

neonatal. Pretende-se com estes, avaliar o conteúdo do questionário, afim de analisar e garantir que as questões abrangem todos os aspectos necessários para abordagem do tema. Após avaliação será calculada a porcentagem de concordância entre os especialistas e em seguida serão realizadas as devidas adaptações. Após a realização das adaptações, os questionários serão alvo de teste/reteste para avaliação da confiabilidade do instrumento. O questionário será submetido a um teste/re-teste com objetivo de avaliar a confiabilidade do instrumento e validar o seu conteúdo

concomitantemente. Serão selecionados cinco fisioterapeutas para esta fase, número correspondente a 10-15% da população total. Estes deverão ser especialistas em terapia intensiva neonatal e terem no mínimo cinco anos de atuação na área. Salienta-se que estes fisioterapeutas não farão parte da população-alvo, embora possuam características semelhantes, trabalham em UTI neonatais, mas não públicas, afim de evitar contaminação dos resultados. Os fisioterapeutas selecionados receberão, por e-mail, um convite para participar da validação. O e-mail possuirá detalhes sobre o objetivo do instrumento, além de instruções para o preenchimento, que deverá ser realizado com as devidas sugestões e reenviado para a pesquisadora. Após duas semanas, receberão novo e-mail, para novamente responder o mesmo questionário, para que assim então seja avaliada a confiabilidade deste instrumento (Martins GA, 2006). A confiabilidade das respostas obtidas, nomeadamente para as questões qualitativas nominais e ordinais será avaliada, respectivamente, através de coeficientes Kappa de de Cohen e Kappa de Cohem ponderados, que serão interpretados de acordo com a

escala de Altman (1991) ($0,4 < Kappa < 0,6$ confiabilidade moderada; $0,6$ a $0,8$ bom; e $0,8$ excelente)

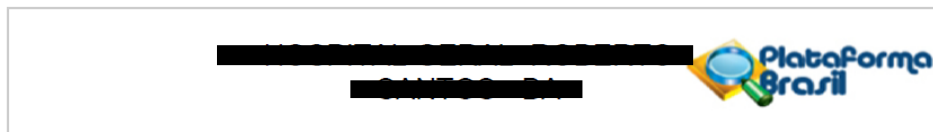
Objetivo da Pesquisa:

Identificar o conhecimento dos fisioterapeutas acerca da importância do incentivo ao vínculo pais- bebê para o desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascido internados em UTIN;

Desenvolver e validar um questionário para avaliar o conhecimento dos fisioterapeutas sobre o vínculo paisbebê; identificar como os fisioterapeutas incentivam a formação desse vínculo na UTI neonatal e as possíveis barreiras encontradas para sua promoção; sugerir maneiras de inserir o



Influência do Vínculo Pais-Bebê no Desenvolvimento Neuropsicomotor do Recém-nascido:
Conhecimentos e práticas de Fisioterapeutas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal



Continuação do Parecer: 3.159.801

incentivo ao vínculo na rotina da unidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide lista de conclusões;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide lista de conclusões;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide lista de conclusões;

Recomendações:

Vide lista de conclusões;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto, consideramos a pesquisa APROVADA;

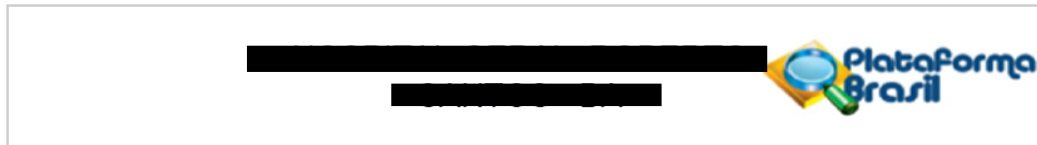
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1259988.pdf	06/02/2019 17:47:18		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	06/02/2019 17:36:56	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	09/12/2018 12:47:57	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito
Outros	hgrs.pdf	09/12/2018 12:45:00	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	20/11/2018 01:56:16	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito
Outros	maternidade.jpg	20/11/2018 01:43:47	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito
Outros	climerio.jpg	20/11/2018 01:41:50	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito
Outros	questionario.pdf	20/11/2018 01:01:14	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/11/2018 00:53:49	POLIANA SILVA MORGADO	Aceito



Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 3.159.801

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

[Redacted signature line]

Assinado por:

[Redacted name]

(Coordenador(a))



Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo com o tema *Conhecimento dos Fisioterapeutas sobre a Influência do Vínculo Pais-Bebê no Desenvolvimento Neuropsicomotor de Recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)*, conduzido por Poliana Silva Morgado.

Este estudo tem por objetivo pesquisar se os fisioterapeutas das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal da rede pública da cidade de Salvador-Bahia conhecem a importância do incentivo ao vínculo pais-bebê para o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido e se incentivam essa prática. Além de identificar quais são as possíveis barreiras encontradas pelos profissionais para promoção do vínculo pais-bebê nas UTIN e sugerir maneiras de tornar a prática parte da rotina da unidade.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A participação nesta pesquisa será através do preenchimento de um questionário com perguntas fechadas e abertas, de fácil entendimento, que não infringe as normas legais e ética. A pesquisa é considerada de RISCO MÍNIMO, já que foi identificada a possibilidade de dúvida ou constrangimento durante o preenchimento das questões. Porém, essas podem ser esclarecidas a qualquer momento pela pesquisadora. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Em nenhum momento é solicitada a identidade dos participantes e os questionários após o preenchimento serão colocados em um envelope que só será aberto após a finalização da coleta de dados. Os resultados da pesquisa estarão à disposição quando finalizada. Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a relevância do vínculo pais-bebês para o desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido internado na Unidade de

Terapia Intensiva Neonatal, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa tornar a prática rotina das unidades. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora. Seguem os telefones e o endereço da pesquisadora responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

_____, ____ de _____, 2019.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Anexo 3: Instrumento de coleta

QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Mestrado em Fisioterapia Materno-infantil

TEMA: *Conhecimento dos Fisioterapeutas sobre a Influência do Vínculo Pais-Bebê no Desenvolvimento Neuropsicomotor de Recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.*

PESQUISADORA: Poliana Silva Morgado

ORIENTADORAS: Fátima Mariana Macedo dos Santos e Conceição Manso

Caro participante,

estamos muito satisfeitos e agradecidos com a sua aceitação e participação na pesquisa. O objetivo do questionário é coletar dados a respeito do conhecimento dos fisioterapeutas sobre a importância do vínculo pais-bebê para o desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

O questionário possui questões abertas, bem como questões fechadas e dura em média quinze minutos para ser respondido. Solicitamos que o preenchimento seja realizado com bastante atenção para que todas as questões sejam respondidas com veracidade, garantindo maior confiabilidade nos resultados.

A identidade dos participantes não será solicitada e os questionários permanecerão em um envelope que só será aberto ao final da coleta de dados, não sendo guardado no mesmo local o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o objetivo de garantir o anonimato das respostas.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e pela sua participação!

1. Idade: _____

2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

3. Tempo de formação acadêmica: (1) 0-5 anos (2) 5-10 anos (3) mais de 10 anos

4. Tempo de atuação em Neonatologia: (1) 0-5 anos (2) 5-10 anos (3) mais de 10 anos

5. Possui residência ou alguma especialização em Neonatologia? () Sim () Não

6. Quais as TRÊS principais formas que utiliza para manter-se atualizado na área de Neonatologia?

() Artigos científicos () Cursos () Livros () Conversas com profissionais da área

() Especializações () Outros: _____

7. O que entende por vínculo pais-bebê?

8. Você considera a formação do vínculo pais-bebê importante para o desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? (1) Sim (2) Não Descreva os motivos.

9. Você incentiva o vínculo entre os pais e bebê na unidade onde trabalha? (1) Sim (2) Não Caso positivo, quais condutas ou meios você utiliza para estimular esse vínculo?

10. Com que frequência utiliza esses meios ou condutas para incentivar o vínculo entre pais e bebê? (0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre

11. Caso utilize meios ou condutas de incentivo ao vínculo pais-bebês, existem formas de avaliar o seu impacto no desenvolvimento neuropsicomotor dos recém-nascidos internados na UTIN? Caso positivo, descreva.

12. Você considera possível incentivar o vínculo entre pais e bebês que estejam em uso de algum suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo?) (1) Sim (2) Não

Caso positivo, descreva.

13. Você considera necessário o envolvimento da equipe multiprofissional no incentivo ao vínculo entre pais e bebês na UTIN? (1) Sim (2) Não

Caso positivo, comente.

14. Na unidade onde trabalha, existe alguma barreira ou dificuldade para o incentivo ao vínculo pais-bebê? (1) Sim (2) Não

14.1 Caso positivo, descreva essas barreiras em ordem de importância.

15. Na unidade onde trabalha, existe algum fator facilitador para o incentivo ao vínculo pais-bebê? (1) Sim (2) Não

15.1 Caso positivo, descreva esse(s) fator(es) facilitador(es) em ordem de importância.
