

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**  
**Escola Superior de Saúde de Santa Maria**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM**  
**ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E**  
**PEDIÁTRICA:**  
**Empowerment Parental sobre o Toque no lactente**

**Ana Luísa da Silva Figueira**

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de**  
**São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa**  
**Maria para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com**  
**Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,**  
**2023**

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**  
**Escola Superior de Saúde de Santa Maria**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM**  
**ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E**  
**PEDIÁTRICA:**

**Empowerment Parental sobre o Toque no lactente**

**Ana Luísa da Silva Figueira**

**Orientação: Professora Doutora Maria de Lourdes de Magalhães**  
**Oliveira**

**Coorientação: Professora Doutora Nisa Souto**

**Relatório de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem de**  
**São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa**  
**Maria para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com**  
**Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,**  
**2023**

“Ligue-se com os seus filhos de coração para coração. Toque-lhes com as suas mãos, os seus olhos e o seu coração. Deixe-os ligarem-se com o mundo vivo que respira.”

Vimala McClure

## AGRADECIMENTOS

A todos os que possibilitaram a concretização desta etapa profissional e pessoal, os que se cruzaram comigo durante este longo percurso, com altos e baixos e que me ajudaram a erguer, a continuar, a ultrapassar obstáculos, a aprender e a crescer, e acima de tudo, a não desistir. Para quem me conhece sabe que sou apaixonada pela minha profissão, gosto de enfrentar desafios, como já o fiz em tempos passados, ao me mudar de malas e bagagens para um país desconhecido, mas a vontade de aprender e exercer esta linda profissão supera quaisquer obstáculos.

No entanto, esta etapa foi sem dúvida a mais desafiante até ao momento, necessitei do apoio incondicional, do carinho e dedicação de todas as pessoas que fazem parte do meu círculo da vida. Assim, só me resta agradecer-lhes.

À professora Maria de Lourdes pelo incentivo, orientação, as palavras serenas que me fizeram ultrapassar obstáculos e acreditar na conquista.

À professora Nisa tenho de agradecer do fundo do coração por todo o apoio incondicional, motivação, pelo reforço positivo e esperança de que um dia a nossa luta será reconhecida, pela professora, enfermeira e amiga extraordinária, é uma referência a seguir porque os seus passos deixam marcas, marcas essas que a meu ver devem ser seguidas.

A todos os contextos de ensino clínico e enfermeiros orientadores, em especial à Enf.<sup>a</sup> Tânia que me acolheu de braços abertos e me fez sentir parte da grande família da UCIPed, por todas as oportunidades de aprendizagem e verdadeiros exemplos de dedicação a esta especialidade, à nossa profissão e à enfermagem holística e humanizada.

Ao Tiago por toda a força, coragem, pelas noites mal dormidas, apoio incondicional e paciência infinita, tornando a distância mais curta e esta etapa concretizável, obrigada por nunca me fazeres desistir dos meus sonhos, agora é o tempo dos nossos sonhos!

Aos meus pais e irmão, pelo apoio absoluto, pela escuta, partilha de sentimentos, pela paciência redobrada e todo o reforço positivo que tanto precisei, sem eles este percurso não seria o mesmo.

À minha grande família, em especial às minhas tias, pela paciência, incentivo, noites de leitura e ajuda imprescindível quando me propus realizar marcadores com produtos reutilizáveis, e quem me conhece sabe que a expressão plástica não é o meu forte, sem elas o meu curso de massagem infantil não teria sido tão colorido, sereno e gratificante.

Às minhas primas, por me manterem com esperança e sanidade mental, através dos nossos momentos de relaxamento com café e jantares.

Às minhas amigas Lau e Maria que me ampararam, apoiaram e motivaram a conquistar os meus sonhos, sem elas a estadia por Lisboa e todos os desafios que por lá passei não teriam sido suportados, foi um momento doloroso, mas tão compensador, “longe, mas sempre perto”.

Às minhas estrelinhas, sei que estiveram sempre comigo, e à mais recente, não consegui deixar-te partir sem te tocar, estar contigo de mão dada, para que pudesses sentir que estávamos contigo até ao último suspiro. Não fazia sentido sair para uma aventura e deixar-te sozinho, precisava de manter o toque presente neste momento, porque o toque é parte de nós desde o nascimento até ao fim.

A cada criança e família que se cruzou no meu percurso e que me influenciou a ser melhor a cada dia, a lutar e a ser a enfermeira que sou hoje.

Não posso deixar de agradecer a todas as colegas que percorreram esta aventura comigo, pelas novas amizades, tendo sido imprescindíveis para o equilíbrio físico e mental.

A TODOS, MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

O toque é uma forma de comunicação não verbal e de apoio quando as palavras são insuficientes. No lactente relaciona-se com o neurodesenvolvimento e com a promoção da parentalidade, duas áreas centrais da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

É função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica investir na promoção do *empowerment* dos pais neste domínio. O interesse por esta temática surge da constatação da insegurança manifestada pelos pais, aliada à pouca uniformização nos cuidados. Torna-se necessário consolidar conhecimentos científicos sobre as abordagens ao toque parental existentes, de modo a contribuir para a promoção do *empowerment* dos pais sobre o toque, enquanto intervenção efetiva na prática clínica.

Este relatório tem como intuito registar o percurso de aprendizagem nos variados contextos de ensino clínico, com vista à promoção do aperfeiçoamento e o desenvolvimento de competências Comuns, Específicas e de Mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. É uma ferramenta decisiva na avaliação da aprendizagem, apoiando-se numa metodologia crítico-reflexiva e descritiva, com finalidade de obtenção do grau de Mestre.

Encontra-se organizado em dois capítulos, o primeiro referente à descrição do processo de aquisição de competências e o segundo destinado à proposta para a prática clínica. Neste percurso foi conduzido um estudo de Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de identificar na literatura científica abordagens promotoras do toque parental em lactentes, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica poderá implementar nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados. Assim, foram identificadas oito abordagens promotoras do toque parental, na sua maioria unimodais, porém, com um crescente interesse relativo às multimodais.

Considero que foi um contributo essencial à minha formação, que se traduziu numa mais-valia a nível pessoal e profissional, culminando num olhar especializado para o bem-estar da criança, jovem e família.

**Palavras-Chave:** Enfermagem; Lactente; Toque; Pais; *Empowerment*.

## **ABSTRACT**

Touch is a form of nonverbal communication and support when words are insufficient. In infants, it is related to neurodevelopment and the promotion of parenting, two central areas of Child and Pediatric Health Nursing.

It is the role of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing to invest in promoting parental empowerment in this area. The interest in this topic arose from the observation of insecurity expressed by parents, combined with the lack of uniformity in care. It is necessary to consolidate scientific knowledge about existing approaches on parental touch, in order to contribute to promoting parental empowerment regarding touch, as an effective intervention in clinical practice.

This report aims to record the learning path in the various clinical teaching contexts, with a view on promoting the improvement and development of Common, Specific and Master's skills of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing. It is a decisive tool in the assessment of learning, based on a critical-reflective and descriptive methodology, with the aim of obtaining a Master's degree.

It is organized into two chapters, the first referring to the skills acquisition process description and the second is dedicated to a clinical practice's proposal. Along this path, an Integrative Literature Review study was conducted with the aim of identifying in the scientific literature approaches that promote parental touch in infants, which the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health can implement in the contexts of primary and differentiated health care. Thus, eight approaches that promote parental touch were identified, mostly unimodal, however, with a growing interest in multimodal ones.

I consider it an essential contribution to my training, which resulted in added value on a personal and professional level, culminating in a specialized look at the well-being of children, young people and families.

**Keywords:** Nursing; Infant; Touch; Parents; Empowerment.

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

APA – *American Psychological Association*

APMI – Associação Portuguesa de Massagem Infantil

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECLS – Suporte de Vida Extracorpóreo

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporeal

ECMO-VA – Oxigenação por Membrana Extracorporeal venoarterial

ECMO-VV – Oxigenação por Membrana Extracorporeal venovenoso

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP – Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

ESSSM – Escola Superior de Saúde de Santa Maria

FINE – *Family Infant Neurodevelopmental Education*

FNI – *Family Nurture Intervention*

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IAIM – International Association of Infant Massage

IPI – Intervenção Precoce na Infância

JIM – Jornal de Investigação Médica

MI – Massagem Infantil

NIDCAP – Programa de Cuidados Individualizados e de Avaliação do Desenvolvimento

Neonatal - *Newborn Individualized Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALS – *Pediatric Advanced Life Support*

RAM – Região Autónoma da Madeira

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SENSE – *Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences*

SMINP – Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

SNC – Sistema Nervoso Central

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNN – Sucção não Nutritiva

TIP – Transporte Intra-Hospitalar Pediátrico

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UN – Unidade Neonatologia

WHO – *World Health Organization*

# ÍNDICE

|                                                                                                                                  |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                           | <b>11</b>   |
| <b>1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS .....</b>                                                                                 | <b>14</b>   |
| <b>1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....</b>                                                                 | <b>17</b>   |
| 1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....                                                             | 18          |
| 1.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....                                                                            | 23          |
| 1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....                                                                                      | 26          |
| 1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....                                                          | 31          |
| <b>1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica .....</b>               | <b>33</b>   |
| 1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde .....                                                  | 34          |
| 1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade .....                                             | 38          |
| 1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem ..... | 47          |
| <b>1.3. Competências de Mestre .....</b>                                                                                         | <b>61</b>   |
| <b>2. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....</b>                                                                    | <b>63</b>   |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                                                | <b>66</b>   |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                                                           | <b>69</b>   |
| <b>APÊNDICES .....</b>                                                                                                           | <b>i</b>    |
| <b>APÊNDICE A.....</b>                                                                                                           | <b>ii</b>   |
| <b>APÊNDICE B.....</b>                                                                                                           | <b>xxix</b> |

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório, intitulado *Competências Especializadas de Saúde Infantil e Pediátrica: Empowerment parental sobre o toque no lactente*, enquadra-se na unidade curricular Módulo IV – Relatório, inserida no primeiro semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM). Este documento traduz-se como uma ferramenta decisiva na avaliação da aprendizagem, apoiando-se numa metodologia crítico-reflexiva e descritiva, com a finalidade de obtenção do grau de Mestre.

A sua elaboração contou com a orientação da professora Doutora Maria de Lourdes de Magalhães Oliveira e coorientação da professora Doutora Nisa Souto, e serve o propósito de descrever e analisar o trajeto de aprendizagem conducente ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências Comuns, Específicas e de Mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Os objetivos gerais consistem em: demonstrar conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; evidenciar capacidade de recolha, de reflexão e de análise crítica da literatura na área do mesmo e demonstrar capacidade de comunicação escrita.

Os objetivos pessoais pretendem descrever a aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre do EEESIP, nos diversos contextos de ensino clínico; identificar na literatura científica, as abordagens promotoras do toque parental em lactentes, que o EEESIP poderá implementar nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados, através de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Este estudo designou-se “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção do Toque Parental: Revisão Integrativa”, foi redigido sob a forma de artigo, a fim de ser publicado em revista indexada, e poderá ser consultado no apêndice.

A escolha desta temática adveio da minha atividade profissional. Desde o início constatei que o toque é, sem dúvida, a maneira mais importante de comunicação não verbal, de ligação ao outro e de apoio quando as palavras são insuficientes. Esta convicção foi reforçada com o exercício de funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP). O tato é o quinto sentido humano, sendo responsável por permitir sentir o toque. Os benefícios de promover o toque no lactente, nomeadamente, em termos de

vinculação, de neurodesenvolvimento, de aumento ponderal, de conforto e de alívio da dor, são sustentados por evidências científicas consistentes (Li et al., 2022). A experiência profissional tem permitido a reflexão diária sobre o toque, os seus benefícios e sobre as abordagens para o promover junto dos pais. Os pais, neste contexto em particular, manifestam medo e receio de tocar no filho, mas simultaneamente, anseiam por aquele toque. No dia a dia, a equipa de saúde encoraja os pais, promovendo momentos de toque entre a díade, porém, sinto que mais poderá ser feito para que estes valorizem e percebam a grandiosidade dos seus benefícios, nomeadamente em termos de neurodesenvolvimento.

O interesse pelo *empowerment* parental sobre o toque no lactente surge da constatação desta insegurança manifesta pelos pais aliada à pouca uniformização nos cuidados no que concerne à promoção do toque. É essencial promover o *empowerment parental*, enquanto intervenção efetiva na prática clínica, de modo que os pais se tornam aptos a assumir o controlo nas decisões e ações que afetam a saúde e bem-estar dos seus filhos (Ashcraft et al., 2018).

O *empowerment* parental sobre o toque no lactente constitui um dos focos de atenção do EEESIP, estando alinhado com o desígnio de cuidar em qualquer contexto, promovendo o mais elevado estado de saúde possível, patente no Regulamento n.º 422/2018. No entanto, deparamo-nos com uma multiplicidade de terminologias e de abordagens relacionadas com o toque no lactente, que podem influenciar a tomada de decisão informada e comprometer a intervenção do EEESIP. Com base no exposto, considero esta temática relevante para o desenvolvimento das competências enquanto EEESIP, na medida em que permitirá aprofundar e consolidar conhecimentos sobre abordagens ao toque que promovam o *empowerment* parental, com melhores ganhos em saúde.

O desenvolvimento das competências especializadas e de uma prática informada pela evidência foram fomentadas pela variedade e complexidades de vivências no percurso formativo, em especial nos diversos ensinamentos clínicos, que ocorreram no recorte temporal compreendido entre novembro 2022 e maio de 2023, conforme preconizado no plano de estudos.

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo, dedicado ao Desenvolvimento das Competências, apresenta o percurso efetuado para o ganho das mesmas contemplando conceitos essenciais da prática de Enfermagem e respetivos referenciais teóricos. Neste capítulo é igualmente analisado o contributo que o estudo de RIL trouxe para o desenvolvimento de cada competência.

O segundo capítulo, exhibe uma proposta de intervenção para a prática clínica visando a promoção do toque parental, tanto nos cuidados de saúde primários como nos diferenciados. Pretende-se fomentar a criação de uma parceria de cuidados, atuando junto das famílias e lactentes, na promoção do toque parental, através de cursos de massagem infantil, em contexto de cuidados de saúde primários, bem como, com a proposta de um protocolo de implementação das abordagens do toque parental em Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT), em contexto de cuidados de saúde diferenciados.

Nas considerações finais, são descritos os contributos deste percurso para o desenvolvimento de competências, refletindo o crescimento pessoal e profissional, e o impacto na prática profissional especializada. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas que sustentaram o relatório, seguidas dos apêndices.

A sua elaboração seguiu as orientações preconizadas pela ESESJC, bem como, as normas da 7ª edição da *American Psychological Association* (APA) e o acordo ortográfico em vigor.

## **1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS**

A Enfermagem é atualmente considerada uma profissão e disciplina de elevada qualidade técnica, científica e ética, que juntou à ciência a arte do cuidar (Santos, 2023). Enquanto profissão, requer profissionais com competências técnico-científicas e ético-morais que possibilitem atuar com reflexão, empenho e responsabilidade (Dias et al., 2017).

A promoção e o desenvolvimento das especialidades em Enfermagem têm contribuído para uma prática diferenciada, com um olhar e pensamento crítico distintos, essenciais à excelência do cuidar. No processo de transição de cuidados gerais para especializados, torna-se evidente a necessidade de desenvolver novas competências que contribuam para um repensar das práticas profissionais e concorram para essa excelência.

Nesta ordem de ideias importa elucidar como decorreu a obtenção e o desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos durante este percurso formativo. O ensino clínico é determinante neste processo de transição, pois proporciona a mobilização integrada e contextualizada de diversos saberes, contribuindo para a sua consolidação. Estando consciente da sua importância, foi delineado um trajeto formativo, procurando selecionar os contextos de ensino clínico que se enquadrassem na temática em investigação, bem como, em áreas de atuação diferenciadas que complementassem e proporcionassem o crescimento pessoal e profissional, autenticando o desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre do EEESIP.

Segundo a Diretiva da União Europeia 2005/36/CE, o ensino clínico caracteriza-se pela vertente da formação em Enfermagem, onde o estudante adquire conhecimentos, ao incorporar uma equipa de Enfermagem, e ao contactar diretamente com um indivíduo saudável ou doente, de forma a planear, executar e avaliar os cuidados, atendendo aos conhecimentos e competências adquiridas. Enquanto estudante consolidei a capacidade de trabalho em equipa, mas também orientar e organizar os cuidados, incluindo a vertente da educação para a saúde ao indivíduo e à comunidade.

O Estágio de Pediatria em Neonatologia, decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de nível terciário e o Estágio de Pediatria na vertente de Unidade de Cirurgia, num Serviço de Cirurgia Pediátrica, ambos num hospital central, em Lisboa. O Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento Medicina / Hemato-Oncologia, desenvolveu-se no Serviço de Pediatria, o Centro de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança, ocorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), e o Estágio de Saúde

Infantil na Comunidade, num Centro de Saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM). Por fim, o Estágio de Pediatria em Urgências Pediátricas / Cuidados Intensivos Pediátricos realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed).

Para uma melhor compreensão da realidade e das especificidades de cada contexto de ensino clínico sob a perspetiva de Enfermagem, dediquei-me à análise de alguns referenciais teóricos mais relacionados com a área da Saúde Infantil e Pediátrica. Sabemos pela evidência científica, que a evolução da Enfermagem enquanto disciplina fez-se acompanhar pelo desenvolvimento de modelos teóricos, que trouxeram uma nova perspetiva para observar e compreender a realidade dos cuidados.

Muitas teorias de saúde e de Enfermagem concorrem para a assistência da especialidade SIP, porém, restringi a minha reflexão e análise, ao modelo de parceria de cuidados (Casey, 1993) e à teoria de médio alcance das Transições (Meleis, 2010), por terem sido as mais exploradas neste percurso de aquisição de competências.

O modelo de Parceria de Cuidados (Casey, 1993) foi referencial teórico que melhor sustentou este percurso de aquisição de competências, pois constitui-se como o primeiro modelo fundamentado na parceria de cuidados e nos cuidados centrados à família, e o primeiro a enquadrar-se no domínio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Neste encadeamento, a criança e a família são indissociáveis, a prestação de cuidados de Enfermagem à criança e jovem só é praticável quando os enfermeiros detêm competências para as respostas às necessidades específicas desta etapa do ciclo vital, em parceria com os pais e/ou família (Loureiro et al., 2021). Posto isto, é indubitável que a relação entre os enfermeiros e pais e/ou familiares é essencial à adequação dos cuidados.

Este modelo defende o envolvimento ativo dos pais na prestação de cuidados à criança e/ou jovem, considerando-os como parceiros (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Este modelo é orientado por cinco conceitos principais: a criança, a família, os enfermeiros, a saúde e o ambiente. A criança é definida como um ser dependente dos outros, em especial dos pais, para colmatar as necessidades de crescimento e de desenvolvimento. Durante este processo de transformação e de crescimento, adquire autonomia gradual no autocuidado, tornando-se cada vez mais independente dos pais/familiares. A família é considerada como o conjunto de pessoas que exerce influência sobre a criança ao mesmo tempo que presta cuidados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Por sua vez, os enfermeiros são caracterizados por avaliar a família do ponto de vista das necessidades da criança e, assim, implementar intervenções que envolvam sempre os pais, e promovam o seu *empowerment* e capacitação, tendo sempre em atenção a escolha e vontades dos mesmos. A saúde é

considerada como o estado de bem-estar físico e mental fundamental para que a criança se desenvolva alcançando o seu potencial máximo (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Por fim, o ambiente, representa o contexto onde a criança cresce, incluindo todos os estímulos externos que promoverão, ou não, um ambiente seguro e orientado a um crescimento saudável (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A parceria de cuidados constitui assim, um modelo que beneficia de uma relação de confiança, aceitação e compreensão durante todo o processo, entre todos os intervenientes na prestação de cuidados, sendo eles, a criança, pais/família e o enfermeiro, proporcionando a sensação de segurança, apoio e afeto às crianças e jovens nos diversos contextos (Knighton & Bass, 2021).

A Teoria das Transições (Meleis, 2010), foi outro referencial teórico que se adequou a todos os contextos dos ensinamentos clínicos. A transição é o conceito central desta teoria. Afaf Meleis, menciona que transição é a ação ou a consequência de passar de um local, estado ou assunto, para outro. Ao longo do ciclo vital de um indivíduo, ocorrem diversas transições que provocam modificações a nível dos papéis, identidade, relações, comportamentos e aptidões, exigindo uma adaptação às mudanças e uma reorganização interna (Santos et al., 2016). Esta teoria permite elucidar os processos e respostas dos indivíduos face às transições e assenta em tipos, padrões, propriedades das experiências, condições (facilitadoras e inibidoras), indicadores de processo, indicadores de resultado e o papel do enfermeiro (Meleis, 2010).

A autora anteriormente referida descreve quatro tipos de transições, desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional, que podem ocorrer num padrão simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado ou não relacionado. No ensino clínico da UCIN constatei a simultaneidade de três tipos de transição, que se encontram relacionados, pois ocorre o nascimento do RNPT (desenvolvimental), o internamento na unidade (situacional) e a doença ou estabilidade hemodinâmica (saúde-doença). A transição exhibe como propriedades o conhecimento/consciência, o ajustamento/compromisso, a mudança e a diferença, os eventos e acontecimentos críticos e o período de experiência. A consciencialização e o reconhecimento das mudanças constituem o ponto de partida para que a transição ocorra. Na UCIN pode ocorrer com o primeiro contacto dos pais com o RNPT, onde os olhares se dirigem para o filho e a toda a dinâmica e envolvimento. Através da toma de consciência, os pais passaram a estar mais envolvidos em todo o processo de cuidar referente ao seu filho. Para o delineamento das intervenções é essencial identificar as

condições facilitadoras ou inibidoras da transição, a nível pessoal, da comunidade e da sociedade (Meleis, 2010).

No referido ensino clínico verifiquei que diversos foram os fatores inibidores deste processo. Um fator recorrente foi a dificuldade em permanecer junto do filho como gostariam, pelo facto da residência ser distante do hospital e implicar longos percursos, pela dificuldade em conciliar a vida laboral e familiar, pois sentiam que estavam a negligenciar, tanto os outros filhos, como a restante família alargada, que tanto os apoiava. Neste sentido, reforcei juntos dos pais, a necessidade de manter algumas das rotinas com os outros filhos, para que este processo de transição também fosse realizado pelos mesmos. Em relação aos fatores facilitadores deste processo de transição, promovi o envolvimento e a participação dos pais na prestação direta de cuidados ao filho, assistindo na troca da fralda e no banho contido. Desmistifiquei conceitos e mitos relacionados com a prematuridade e com a parentalidade, e reforcei ensinamentos sobre as abordagens ao toque, incentivando as diversas abordagens quando apropriado.

O processo de transição é monitorizado por indicadores de processo e de resultado. Foi meu dever, enquanto futura especialista, contribuir para o alcance da mestria no novo papel parental, através das intervenções desenvolvidas.

Nesta linha de pensamento, verificou-se nos ensinamentos clínicos que o enfermeiro possui um papel determinante neste processo, atuando como facilitador da transição vivenciada pelo lactente e família, atuando segundo uma perspetiva holística, definindo orientações e estratégias de atuação, provendo informações e preparando-os por meio da aquisição de competências inerentes à situação atual (Meleis, 2010). Considero que, orientar a prática pelos referenciais teóricos supramencionados foi crucial para compreender o tema por mim delineado, o *empowerment* parental sobre o toque no lactente.

### 1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, compartilham um conjunto de competências comuns.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, existem quatro grandes domínios de competências comuns: **Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, cujas competências e respetivas unidades de competência passo a descrever.

O processo de aquisição destas competências ocorreu de um modo contínuo ao longo do trajeto formativo, pelo que, apesar dos domínios serem apresentados de forma segmentada é de salientar que se interrelacionam e se potenciam mutuamente.

#### 1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Analisando o descritivo da competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é esperado que o enfermeiro especialista aprume capacidades para a prática segura, profissional e ética, em concordância com o Regulamento n.º 140/2019, é previsto que como futura enfermeira especialista desenvolva e aperfeiçoe competências para uma prática segura, profissional e ética, com base nos princípios e valores que norteiam a profissão de Enfermagem.

É esperado, que no decurso do processo formativo, assuma uma participação mais ativa na tomada de decisão ética, tanto na liderança como na avaliação das mesmas, com um conhecimento fundamentado e seguro, através da avaliação sistemática dos melhores cuidados e preferências do indivíduo e da família, respeitando e promovendo a proteção dos direitos humanos, e gerindo as práticas de cuidados, incentivando a segurança, a privacidade e a dignidade humana. A aquisição destas competências permitirá a adoção de comportamentos que realçam a qualidade dos cuidados, tornando as tomadas de decisão mais coesas e concisas.

O desenvolvimento destas competências passou pela reflexão e análise de documentos reguladores da profissão, e de alguns conceitos-chave que norteiam a Enfermagem. Ao longo da prática profissional somos confrontados com situações e processos complexos de consciencialização, tendo como dever agir e orientar a prática com base no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a) e no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2015b), de forma a fundamentar as decisões, sem negligenciar os direitos humanos, os direitos da criança, a qualidade de vida, e a dignidade humana.

Importa ter em conta que a Enfermagem apresenta uma tripla conexão no que concerne ao que se executa em nome da pessoa (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral) (Nunes, 2013). O conceito de deontologia em Enfermagem, está diretamente relacionado com o dever e obrigação, sendo caracterizado como um instrumento crucial para a prática, composto por um conjunto de normas jurídicas estabelecidas pelas autoridades competentes. A sua finalidade é orientar e fundamentar as tomadas de decisão, com o desígnio de afirmar as boas práticas (OE, 2015b). Por sua vez, o

termo *Ética*, originário do grego *ethos*, corresponde ao modo de ser ou carácter, e o termo *Moral*, com origem no latim *moris*, implica costumes, sendo relatada quando há uma regra de atuação com base em normas comportamentais. Nesta ordem de ideias, a *Ética* refere-se ao estudo e à prática do que é correto para a pessoa, enquanto a *Moral* refere-se aos valores pessoais e às regras comportamentais (Thompson et al., 2004).

Apesar da prática profissional reger-se por todos os artigos contemplados no CDE e no REPE, serão alvo de análise somente aqueles artigos considerados mais significativos neste percurso de aquisição de competências. Começo por refletir sobre o Artigo 8º do REPE, onde se constata que os enfermeiros deverão assumir uma conduta consciente, ética e atuar na estima pelos direitos e interesses dos clientes (OE, 2015a). Considero que tem sido sempre a postura adotada durante o percurso profissional e atualmente enquanto mestranda nesta área de atuação tão exímia.

Realçando o Artigo 99º do estatuto da OE presente na Lei n.º 156/2015, referente aos princípios gerais do CDE, encontra-se enunciado, primeiramente, que as intervenções de Enfermagem são executadas com a preocupação pela defesa da liberdade e dignidade do cliente e do enfermeiro. De salientar que, com a passagem por diversos ensinamentos clínicos, com contextos mais particulares que outros, senti que a responsabilidade profissional era cada vez mais indissociável da prática.

Nesta área de atuação, em especial, no decorrer dos ensinamentos clínicos, o direito das crianças foi sempre tido em consideração, pois enquanto EESIP temos o dever acrescido de salvaguardar os seus direitos, de nos abstermos de juízos de valor, de respeitar o direito da Pessoa à Vida, de participar para a valorização da Vida e a sua qualidade, de direcionar o indivíduo para o profissional de saúde com competências mais adequadas para intervir nas suas necessidades, de garantir a continuidade dos cuidados, de informar sobre os cuidados prestados, de respeitar a intimidade e de a proteger de intromissão, e de trabalhar em parceria com a restante equipa multidisciplinar (OE, 2015a).

Noutra perspetiva, a criança tem direito à presença contínua dos pais, o respeito pela intimidade, à informação adequada à sua faixa etária e competências cognitivas, de forma a serem participantes ativos nas tomadas de decisões e, a ser alvo de prestação de cuidados especializados e com competências adequadas às necessidades (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

O segundo e terceiro tópico do mesmo artigo fazem referência aos valores universais na ligação entre enfermeiro e cliente, como a igualdade, a liberdade consciente, a verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional

e, por fim, aos princípios orientadores da atividade profissional, assumindo o papel de responsabilidade civil, o respeito pelos direitos humanos, e a excelência do exercício da profissão e relação multidisciplinar (Lei n.º 156/2015).

Neste sentido, e tratando-se de ponto chave na aquisição desta competência, acresce a necessidade de abordar os problemas e dilemas éticos. Os enfermeiros lidam diariamente com vários problemas e dilemas éticos, associados à prestação de cuidados holísticos (Clark & Taxis, 2003). Em Enfermagem, o problema ético caracteriza-se pela dúvida inerente à decisão para agir, perante o desrespeito pela dignidade, os direitos, as vontades, a saúde e o bem-estar do outro, dando, azo a conflitos ou indecisões no que alude aos princípios, os valores e os direitos a sobrepor como justificação às intervenções do enfermeiro (Deodato, 2014). Em contrapartida, o termo dilema ético representa-se por um contexto particular no qual somos sujeitos à escolha por duas alternativas distintas, sendo ambas indesejáveis. A nível ético, defrontamo-nos com uma situação em que envolve um desacordo de deveres ou princípios, reais ou supostamente carenciados de resolução, sem a presença de regras ou orientações a seguir (Thompson et al., 2004). Felizmente, se assim posso dizer, não presenciei nenhuma situação em particular, onde o dilema ou problema ético estivesse em causa.

No entanto, no ensino clínico de cuidados intensivos em pediatria, ocorreu uma situação onde questionei os meus valores e princípios, por ser uma situação de grande fragilidade emocional. Cuidei de uma criança de quatro anos, com o diagnóstico de encefalopatia, que após todo o empenho, tratamento de última instância, dedicação dos profissionais de saúde, teve como desfecho a morte cerebral. Esta foi uma situação particular onde pude viver na primeira pessoa, momentos de conflitos e indecisões pessoais, que se confrontaram, com os princípios e valores profissionais. No entanto, devido aos protocolos existentes e ao apoio disponibilizado pelos colegas mais experientes, foi possível encarar a situação com mais maturidade e profissionalismo. Ocorreram várias reuniões, inicialmente, entre a equipa médica e a de Enfermagem, e posteriormente com o contributo da psicologia e do serviço social, resultando em esclarecimentos sobre a situação atual da criança e seu desfecho, bem como, em medidas de apoio parental. Foi sem sombra de dúvidas, uma experiência enriquecedora numa perspetiva de aquisição de conhecimentos, mas ao mesmo tempo, devastadora, pois tive a oportunidade de acompanhar a situação desde o internamento até ao desfecho. Sabemos que nem toda a tomada de decisão se traduz em processos simples e fáceis, sendo necessário uma análise crítico-reflexiva sobre as várias hipóteses para cada situação, atendendo sempre às preferências da criança e a família. Senti que a equipa de

Enfermagem foi coesa, com discussão, troca de ideias, revisão dos princípios e valores, para que no fim a tomada de decisão fosse o mais prudente e razoável possível. A experiência profissional adquirida ao longo destes dez anos serviu para direcionar o meu olhar para a vertente de especialista, bem como os momentos de partilha de conhecimentos e experiências com a enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar, tendo como finalidade zelar pelo bem-estar da criança e família sendo algo muito positivo.

De salientar que, durante a situação em particular da criança acima referida, foi seguida a norma/protocolo de orientação clínica em vigor no serviço em questão, intitulada “diagnóstico de morte cerebral”. Considero que este tipo de normas/protocolos são guias essenciais à tomada de decisão nas intervenções, bem como, enriquece-nos e sustentam as nossas abordagens em evidência científica. No percurso desenvolvido, verifiquei que todos os serviços possuíam um conjunto de normas e protocolos revistos e atualizados, sustentados na mais recente evidência científica, e que se encontravam disponíveis para leitura e consulta nos manuais da qualidade de cada serviço/unidade. A presença de protocolos representa um meio de orientação para os cuidados uniformizados, com aumento da segurança para o cliente e para o profissional de saúde (Veloso, 2018).

Outra situação que possibilitou o desenvolvimento deste domínio de competência, refere-se à privacidade e confidencialidade, e com ela associada a informação oral e escrita. Ser profissional de saúde implica uma responsabilidade acrescida, no entanto, o cliente e a família são a nossa prioridade. Como inicialmente explanado, foram seis os ensinamentos clínicos efetuados, consequentemente, seis serviços particulares, com ou sem espaços reservados ao diálogo entre os profissionais e cliente. Em três ensinamentos clínicos constatei a inexistência de um local reservado e calmo para a comunicação de más notícias ou até mesmo para momentos de partilha de dados pertinentes que asseguravam a continuidade dos cuidados. No entanto, verifiquei que o dever de manter a privacidade e a confidencialidade foi sempre garantido pela equipa de Enfermagem. Para o efeito, constatei que foram mobilizados equipamentos, reestruturadas as unidades e/ou camas/berços, para obter o local mais favorável a esta partilha e assegurar a privacidade do recém-nascidos (RN) /criança e família, com a colocação de biombo, tanto em situação crítica (UCIN e UCIPed), bem como, no internamento e no centro de desenvolvimento da criança. No momento em concreto da transmissão de informação, mesmo na ausência de um local específico para o diálogo, adaptavam a situação através da solicitação aos outros pais para ausentarem-se da sala, ou a adaptação de um local mais calmo e isento de ruído e estímulos externos, com a colocação de cadeiras, para que fluísse o diálogo respeitando a privacidade dos mesmos.

Constatai que este é um exemplo de boa prática, pois está em consonância com o CDE e os guias de boa prática, respeitando sempre o sigilo e a privacidade das crianças/jovens e famílias. Esta situação verificou-se tanto na UCIN, como na UCIPed devido à estrutura física das unidades e a sobrelotação. A receptividade por parte das outras famílias foi sempre de cem por cento demonstrando empatia para com a situação. No entanto, esta situação não me era desconhecida onde a falta de um local apropriado impõe diversos obstáculos.

O respeito pelo sigilo profissional e a salvaguarda pelo direito à privacidade, foram uma constante ao longo do percurso formativo. Na elaboração dos estudos de caso, solicitados como forma de avaliação dos ensinamentos clínicos, e diálogos estabelecidos, foi sempre tido em conta o artigo 85º do CDE, de forma a respeitar o sigilo profissional e salvaguardar o direito à privacidade, não referida a identidade do lactente e sua família, utilizando-se um nome fictício (OE, 2015b). Este dever foi cumprido, nomeadamente, no momento da passagem de turno, sendo esta sempre realizada em locais privados, calmos e com atenção de toda a equipa à moderação do tom de voz. Relacionando com o artigo 106º da Lei n.º 156/2015, que assegura o direito à confidencialidade da informação, com a partilha pertinente da mesma aos envolvidos no plano terapêutico, venerando o bem-estar, a segurança física, emocional e social, do cliente e família, sendo visível em todos os ensinamentos clínicos a excelência dos cuidados de enfermagem.

Por último, saliento o artigo 88º do CDE da excelência do exercício, onde o enfermeiro assume o dever de procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades específicas da pessoa, mantendo uma atualização contínua dos seus conhecimentos, garantindo deste modo, a qualidade e continuidade dos cuidados a delegar assumindo a responsabilidade total pelos mesmos (OE, 2015b). Assim, destaco que, decisões como mobilizar o lactente, dar colo, escolher entre medidas não farmacológicas ou farmacológicas de alívio da dor, foram sempre situações presentes nos ensinamentos clínicos, e que necessitaram de uma decisão ponderada e consciente, com a necessidade de atualização contínua do conhecimento para uma tomada de decisão fundamentada e visando o bem-estar do RN/criança e família.

Em síntese foi possível desenvolver uma prática profissional criteriosa e responsável, tendo por base os princípios éticos e deontológicos acima referidos. Respeitei os interesses e direitos dos RN/crianças e famílias, promovendo cuidados de excelência e *empowerment* parental sobre o toque no lactente, bem como, refletindo sobre questões éticas vividas.

De salientar que, em todos os ensinamentos clínicos, os princípios éticos e valores estiveram presentes e regularam a minha praxis, atingido na sua completude esta competência, com a construção de estratégias de resolução de problemas, sempre atendendo à população alvo e família, baseando as tomadas de decisão em evidência científica de qualidade e discussão em equipa multidisciplinar. Respeitei o dever de sigilo e confidencialidade e, em toda a reflexão, tanto em campo de estágio, como na elaboração deste relatório, promovendo momentos de ponderação e de argumentação para a sublimidade do exercício profissional.

### 1.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Os avanços científicos e tecnológicos potenciaram a complexidade nos cuidados em saúde, o que remete para a necessidade de prestar cuidados de saúde seguros e com qualidade (Ribeiro et al., 2017). Em Portugal, a qualidade dos cuidados é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde (DGS), patente no Despacho n.º 5613/2015. Este conceito é definido como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, adesão e satisfação da população, prevendo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas dos cidadãos (Despacho n.º 5613/2015).

A competência em questão, foi adquirida com a implementação de um projeto de Massagem Infantil (MI) no meio comunitário, com a criação de documentos de apoio parental à prática da MI (apêndice B). A implementação deste projeto de melhoria contínua de qualidade constitui um contributo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta faixa etária através da aproximação do EEESIP com as mães e pais, com o aumento da confiança, partilha de dúvidas e receios, bem como, momentos de partilha entre os grupos presentes. Estes momentos de partilha conjunta servem também para demonstrar à comunidade que o EEESIP está à disposição para apoiar o papel parental, auxiliar nos momentos difíceis de adaptação do lactente ao meio familiar, entre outros.

A procura contínua da qualidade da intervenção em Saúde é uma preocupação das instituições de saúde, que têm investido em melhorias estruturais, organizacionais e na capacitação dos profissionais de saúde. A noção de qualidade é apoiada em sete pilares: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Danno et al., 2021).

A análise crítico-reflexiva sobre as práticas, baseada na evidência científica disponível, possibilitou o reconhecimento da intervenção do enfermeiro especialista

enquanto impulsionador de um ambiente de cuidados terapêutico seguro, fortalecendo e alicerçando a gestão de recursos que observei durante os ensinamentos clínicos no enfermeiro chefe de equipa.

De forma mais objetiva e complementando o desenvolvimento desta competência, enuncio os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem criados pela OE (2001), com a finalidade de clarificar a posição do enfermeiro junto dos clientes e comunidade. Estes contemplam seis enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Elogiando desta forma, a importância da qualidade e segurança na prestação de cuidados como um dever ético, pois colaboram para a redução dos riscos evitáveis, melhoria do acesso aos cuidados e, equidade e respeito pelos cuidados realizados. Assim, torna-se possível que o desenvolvimento da qualidade em saúde seja uma tarefa multiprofissional, desafiando cada um de nós para o progresso contínuo e dinâmico (OE, 2001; Ribeiro et al., 2017).

Nesta linha, é importante a aposta contínua na formação na área de saúde infantil e pediátrica, tal como verificado no Regulamento n.º 351/2015 - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Com a criação de um instrumento que demarque a qualidade dos cuidados especializados, servindo como referencial para a prática especializada e desperte a reflexão crítica e contínua da qualidade do exercício profissional.

Desta forma, o EEESIP tem como missão prestar cuidados especializados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem e família, saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, assim como, identificando e mobilizando recursos de suporte à família. Logo, a parceria de cuidados com a criança/jovem e família, torna-se modelo essencial à prestação de cuidados de excelência nos diversos contextos possíveis, saúde comunitária, hospitalar, escolar, continuados entre outros, sempre com a visão e promoção do mais elevado estado de saúde possível. Os enunciados descritivos são: a satisfação da criança e jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação às condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 351/2015).

Ao longo dos ensinamentos clínicos, devido à complexidade e exigência inerentes a alguns contextos considere, igualmente, necessário proceder a uma observação inicial dos recursos físicos, materiais, técnicos e humanos, de forma a familiarizar-me com os mesmos, antecipando emergências, pois estes são locais de extrema complexidade, não só devido a

componente tecnológica, mas também pela rigorosa prestação de cuidados, exigindo uma resposta atempada e eficaz às condições da criança/jovem.

Tendo por base o domínio da melhoria contínua da qualidade, o percurso para a aquisição desta competência ocorreu através da pesquisa e da revisão da literatura científica atual no trajeto delineado pelos ensinamentos clínicos de forma a colmatar necessidades de aprofundamento de conhecimentos e intervenções que sustentem uma prática de excelência. Durante o percurso formativo e prático consulte os Guias Orientadores de Boas Práticas, disponibilizados pela OE, de modo a uniformizar e direcionar o pensamento crítico dos enfermeiros, sendo esses, a adaptação à parentalidade durante a hospitalização, estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança e o segundo volume do guia orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, documentos estes essenciais para dirigir o meu olhar para a população e contexto (OE, 2011; OE, 2013; OE, 2015c).

Em todos os contextos clínicos verifiquei uma preocupação pela qualidade e pela segurança dos cuidados. As instituições encontravam-se numa fase de manutenção e de desenvolvimento do processo de Acreditação da Qualidade. De referir que, tanto nos estágios de Pediatria em Neonatologia, Unidades de cirurgia, Unidades de internamento medicina, Cuidados Intensivos Pediátricos e Estágio de Saúde Infantil na Comunidade, todos se encontram acreditados no período compreendido entre 2019 e 2023, com nível Bom. De destacar que, ambas as unidades hospitalares que acolheram e possibilitaram os ensinamentos clínicos, dispõem de um Gabinete de Gestão da Qualidade.

O Modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), aprovado através do Despacho n.º 69/2009, foi o selecionado para a acreditação dos serviços supramencionados. A aplicação deste modelo torna exequível investigar de que forma os cuidados de saúde prestados encontram-se em conformidade com os padrões de qualidade definidos, estimulando boas práticas, procedimentos normalizados da qualidade e segurança, metodologias de avaliação do risco e de estudos custo-efetividades na prestação de cuidados de saúde, visando deste modo, a melhoria contínua da qualidade almejada pela DGS (DGS, 2023).

O processo de acreditação não é definitivo. Torna-se essencial a consciencialização da equipa de saúde para o contributo diário como um elemento imprescindível para que se atinja a qualidade dos cuidados. No decorrer deste percurso formativo, mais consciencializada estou para esta necessidade, pois o contributo individual para a qualidade dos cuidados é algo inerente à nossa prática diária, é meu dever agir e atuar sempre em prol do cliente providenciando o melhor cuidado possível. Deste modo, todo o processo

formativo e futuros investimentos na área profissional, surgem para fundamentar esta acreditação e promover este cuidado a toda a população alvo.

Neste sentido, no decorrer dos ensinamentos clínicos, informei-me sobre os projetos de melhoria contínua da qualidade de cada serviço, tendo a oportunidade de identificar os elos de ligação dos projetos institucionais, a observação do plano de integração de novos elementos ao serviço, com a possibilidade de o ver em ação, e a consulta dos protocolos regentes em cada serviço. Consultei também guias de acolhimento, específicos para cada serviço e unidades, dirigido aos pais e familiares, panfletos informativos, que descrevem de forma sucinta e simples em que consiste o tratamento que o lactente/criança está a ser submetido, de forma a manter os pais informados, como exemplo, o panfleto sobre o tratamento com hipotermia induzida na asfíxia perinatal existente na UCIPed.

Estes recursos educativos contribuem para o *empowerment* parental. A criação de panfletos e guias foi identificada em dois estudos analisados no estudo de RIL (apêndice A). Numa UCIN cardíaco-cirúrgica foram criados folhetos informativos e pôsteres ilustrativos sobre possíveis posições alternativas ao colo tradicional que os pais poderiam adotar (Levesque et al., 2021). Outro estudo disponibilizou o vídeo *The Power of a Parent's Touch*, no YouTube, com o intuito de disseminar os benefícios da abordagem contacto pele-com-pele e/ou a amamentação na redução da dor (Campbell-Yeo et al., 2017).

Concluindo, a qualidade e a boa gestão dos cuidados de saúde, oferecem à criança/jovem e família, um meio de confiança, harmonizando a satisfação dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

### 1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados é uma componente com especial conotação, que se reveste de particular importância quando interligado aos cuidados de enfermagem especializados. O enfermeiro especialista executa uma gestão de cuidados visando a otimização das respostas da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, bem como, garantindo a segurança e qualidade das intervenções delegadas. Este, também adequa os recursos existentes às necessidades dos cuidados vigentes, nomeando o estilo de liderança mais pertinente à equipa e à particularidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Enquanto enfermeiro contribui, na praxis da atividade, na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a evolução e maximização da prestação de cuidados de enfermagem, no entanto, enquanto especialista tenho uma responsabilidade acrescida em cada uma das áreas. Particularmente, na avaliação e sugestão de recursos

humanos, na implementação de normas e critérios de atuação com respetiva avaliação do desempenho, na execução de protocolos e sistemas de informação adequados à prestação de cuidados, oferecendo apreciação técnica acerca de acomodações, materiais e equipamentos para a excelência dos cuidados, bem como, na colaboração e implementação de estratégias de ensino entre o contexto laboral e o de ensino superior (Regulamento n.º 101/2015).

Nesta ordem de ideias, o Regulamento n.º 76/2018 aponta para o exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros como decisiva para garantir a qualidade e segurança da sua praxis, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde. Surge deste modo, a definição de enfermeiro gestor detentor de

um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (p. 3478).

Durante os ensinamentos clínicos, procurei observar e acompanhar o enfermeiro chefe/gestor, sempre que exequível e respeitar o seu desempenho de funções.

No entanto, nos serviços por onde passei foram várias as oportunidades de colaborar e observar a função de gestão através do papel de chefe de equipa, uma vertente observada tanto nos estágios de cirurgia, bem como, UCIN e UCIPed, visto que, as enfermeiras orientadoras desempenhavam esta função. Deste modo, tive a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre o sistema de distribuição de elementos através da dotação segura, bem como, o método de enfermeiro responsável.

Foi possível observar em todos os serviços que o enfermeiro gestor iniciava atividade sempre na passagem de turno, uma forma de tomar conhecimento da situação global do serviço e unidade, das condições clínicas das crianças/jovens, registo de intercorrências, contactos estabelecidos a restante equipa multidisciplinar, como por exemplo, no caso de famílias que necessitam de apoio da equipa de serviços sociais ou psicologia, e por fim orientações institucionais se adequado. Durante este momento de partilha e troca de informações, ocorria também o reajuste, se necessário, da distribuição dos elementos a realizar o turno, discussão esta entre o chefe de equipa e o enfermeiro gestor, visando sempre a qualidade e excelência dos cuidados.

Uma particularidade que me fez valorizar ainda mais esta função, foi observada no estágio da UCIPed. A enfermeira gestora questionava toda a equipa, numa base regular, sobre o estado físico e emocional, promovendo momentos de partilha de sentimentos sempre que ocorresse uma situação clínica mais marcante. Estes momentos de escuta ativa, no meu ponto de vista, fazem toda a diferença. Durante a minha permanência neste serviço a enfermeira gestora e a enfermeira orientadora, fizeram questão de me envolver sempre nestes momentos, não só na partilha de sentimentos, como em possíveis sugestões de melhoria. Este ato de cumplicidade fez-me sentir bem acolhida pela da equipa e fomentou a união e a coesão. Foi extremamente gratificante ter podido aprender e aperfeiçoar intervenções e competências com esta equipa. Como sugestões de melhoria, referi manter a dinâmica de *briefing*, e se possível, disponibilizar o apoio da psicologia para os enfermeiros, perante situações difíceis como a vivenciada.

Esta prática está alinhada com as boas práticas de cuidados, no que concerne as competências de gestão e de liderança. Segundo Rego e Coelho (2017), a enfermeira a exercer funções de gestão delega a autoridade, incita a criatividade e a aprendizagem, encoraja a autonomia, colocando-se à disposição de toda a equipa para auxiliar quando necessário, e por fim, cuida dos que cuidam. Esta promove momentos de reflexão crítica, como os presenciados na UCIPed, promove a interajuda e, acima de tudo, mobiliza conhecimentos e competências para a resolução de conflitos, exercendo uma função de autoridade/mediação.

Esta vivência impeliu-me a refletir sobre as diferenças entre gestão e liderança, verificando que o enfermeiro gestor, apresenta-se como um instrumento importante e de qualidade para o exercício do seu papel, nas vertentes de chefia, coordenação, planeamento, organização e avaliação das atividades de enfermagem. Deste modo, a gestão torna-se essencial para a eficácia da intervenção de enfermagem e imprescindíveis para a harmonia no trabalho em equipa. Já o conceito de liderança não é estanque, sendo esta uma competência essencial do enfermeiro que o capacita de ferramentas aptas a influenciar a sua equipa, tendo como foco as reais necessidades do cliente e família. Na nossa profissão, este conceito está alicerçado às ações do enfermeiro como líder do processo de cuidar e exemplo de boa prática, bem como, na relação de confiança construída pelo respeito mútuo, atitudes justas e flexíveis, e oportunidades de participação da equipa nas tomadas de decisão (Da Silva et al., 2022).

Os autores supracitados alertam para um estudo desenvolvido em Portugal que constatou que a liderança, nos diversos serviços, encontra-se num processo de desafio de

gerir e coordenar os saberes e incentivar as competências e o desempenho dos profissionais de saúde. Desta forma, as ações dos enfermeiros líderes/gestores são respeitadas e destacam-se, após a criação pelo serviço de saúde de um sistema de qualidade e em concordância com os pressupostos da OE. Destacam-se como elementos facilitadores da gestão e liderança, as oportunidades de trabalho em equipa, habilidades comportamentais para a gestão de conflitos, boa comunicação, escuta ativa, relação interpessoal, transparência no trabalho e delegação de funções quando adequado (Da Silva et al., 2022), indo de encontro à boa prática observada na UCIPed.

Não posso deixar de salientar importância da comunicação organizacional, consistindo na interligação dos conceitos de comunicação e organização, onde a envolvimento dos colaboradores e os diversos tipos de comunicação influenciam diretamente o bom funcionamento das organizações, uma vez que, para o sucesso de uma unidade de saúde depende em grande parte das competências comunicacionais eficazes dos gestores. O realce presente na evidência científica, demonstra que a comunicação organizacional traduz-se em produtividade, satisfação dos trabalhadores e, naturalmente, em cuidados de saúde com maior qualidade (Pereira, 2017; Hower et al., 2020).

No que concerne à gestão de recursos humanos, observei a elaboração de planos diários de trabalho de enfermagem com a atribuição de enfermeiros de referência, bem como, os enfermeiros chefes de equipa ou responsáveis de equipa, estes atribuídos pelo enfermeiro gestor. Os enfermeiros chefes de equipa em todos os ensinos clínicos em que existia esta função, serviços de internamento, UCIN e UCIPed, eram designados pelo reconhecimento das competências necessárias para o desenvolvimento desta função, sendo na sua grande globalidade enfermeiros especialistas. Constatei que as funções exercidas por estes enfermeiros eram muito semelhantes às do enfermeiro gestor, principalmente quando o próprio não se encontrava presente, sendo o zelo pelo bom funcionamento do serviço e unidade a prioridade. De revelar que os enfermeiros chefes de equipa observados, na sua grande maioria tinham crianças/jovens alocados ao seu cuidado, para além da vertente da gestão, no entanto, sem compromisso para a qualidade e segurança dos cuidados, conseguindo estabelecer uma relação empática com o cliente de forma exemplar.

Relativamente ao domínio da gestão de recursos materiais, foi possível, na grande maioria dos ensinos clínicos, observar e acompanhar a enfermeira gestora / chefe de equipa, em algumas tarefas como por exemplo, na gestão de materiais e consumíveis clínicos e equipamentos e na articulação com serviços externos (farmácia, serviço de aprovisionamento, análises clínicas, manutenção e reparação, entre outros). Em suma, estes

momentos beneficiaram o debate no que concerne a eficácia, eficiência e sustentabilidade na utilização de alguns materiais, num caso concreto do prismaflex, um equipamento serviço onde exerço funções, que me esclareceu e elucidou sobre pontos chave.

Em concordância com o exposto anteriormente, realço a definição de enfermeiro de referência, sendo este método eficaz através da promoção da qualidade dos cuidados prestados, pois confere, apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre o cliente, família e equipa multidisciplinar (Rego & Coelho, 2017). Como descrito no início do relatório, este método de enfermeiro de referência só vem justificar a implementação do modelo de parceria de cuidados desenvolvido por Anne Casey, bem como, o conceito de cuidados centrados à família. Este método para além de adequar às expectativas das crianças/jovens e família, converge para o desenvolvimento do enfermeiro, possibilitando concomitantemente assegurar a individualidade, a universalidade, o comprometimento e continuidade dos cuidados, enquanto promove a descentralização da tomada de decisão do enfermeiro e possibilita a parceria de cuidados.

Ainda nesta ordem de ideias, urje a necessidade de referenciar o Regulamento n.º 743/2019 bem como o Parecer n.º 19/2019 (OE, 2019b) sugerido pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, onde fazem alusão às dotações seguras dos cuidados de enfermagem. A dotação adequada, o nível de qualificação e competências dos enfermeiros, são critérios elementares para atingir os índices seguros e de qualidade dos cuidados, para a população alvo, neste caso em particular, população pediátrica e organizações, devendo deste modo, serem utilizados metodologias e critérios criteriosos para a adequação dos recursos humanos à real circunstância.

Atendendo aos locais de ensino clínico, observei que foram sempre cumpridos os rácios, de pelo menos dois EEESIP por três enfermeiros generalistas, no entanto, verifiquei que a presença de EEESIP era maior na UCIN e UCIPed, já nos serviços de internamentos, constatei uma redução deste valor, mas sempre cumprindo o protocolado.

Por fim, considero ter garantido um papel dinamizador, otimizando e articulando a reposta das equipas multidisciplinares, adaptando a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto que me encontrava. De evidenciar que através de uma comunicação aberta, recetiva e interativa, em harmonia com a integração efetiva nas equipas de ensino clínico, experiencie esta competência da melhor forma, tendo tido a oportunidade de orientar, ajudar e direcionar as colegas recém-licenciadas, uma vez que enfermeiras orientadoras estavam em processo de orientação de novos elementos na UCIPed e no internamento de cirurgia, sentindo através desta partilha, que fui útil nas suas aquisições de

conhecimentos, onde a troca de ideias, as sugestões e atuação em parceria foram fundamentais para que a criança/jovem e família fossem sempre o nosso alvo de atuação e excelência, permitindo deste modo, o real desenvolvimento deste domínio de competência.

#### 1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais através do autoconhecimento e da assertividade foram sempre baseadas na prática dos cuidados em evidência científica, não podendo deixar de frisar a humanização dos cuidados, que foram sempre observados e aplicados durante todo o ensino clínico, tanto por mim como na equipa onde me integrava.

Voltando aos dez anos de atividade profissional num país que não era o meu, um país cuja comunicação era uma barreira, mas de tudo fiz para que deixasse de ser. Desde esse momento e devido à organização onde me encontrava, a formação contínua em enfermagem representava um fator determinante para a melhoria contínua dos cuidados, com a promoção do desenvolvimento profissional e pessoal. Iniciei funções num serviço de internamento de urologia e nefrologia, passando por serviço de internamento de cirurgia geral e urologia e por fim, sempre com um sentimento de que esta não era a população que me motivava, enaltecia a ser mais e melhor, tanto quando enfermeira com a nível pessoal, até por fim, ter conseguido alcançar o meu objetivo primordial, ingressar numa unidade de cuidados intensivos neonatais de nível três, num centro hospitalar de referência. Esta conquista profissional, fez com que a vontade de aprender mais, de ser portadora de um vasto leque de conhecimentos técnico-científicos e humanos atualizados e fundamentados em evidência científica, estando deste modo, apta a prestar cuidados diferenciados em qualquer faixa etária.

Ao longo destes anos de formação contínua, é irrefutável que o autoconhecimento me tornou uma melhor enfermeira, capaz de lidar com situações de especial complexidade, a saber gerir as emoções e a lidar com conflitos, surgindo deste modo, o reconhecimento da necessidade para realizar o mestrado em enfermagem com especialização em saúde infantil e pediátrica. No percurso decorrido até à atualidade, procurei suportar os cuidados prestados em evidência científica, detendo consciência da posse de características pessoais e profissionais que possuía para um bom desempenho, de forma a tirar o melhor proveito e aprendizagem das situações vividas nos ensinos clínicos. A postura, a responsabilidade, uma relação equilibrada entre a humildade e a ambição, proporcionaram a obtenção de grandes ganhos profissionais e pessoais.

Logo, com o decorrer deste mestrado, em especial na componente letiva prática, mantive uma atitude autocrítica permanente, com momentos de reflexão com os professores e enfermeiros orientadores, com vista a identificar dificuldades e pontos fortes. Investi na argumentação contínua sobre situações particulares que me deparei ao longo desta viagem, através da pesquisa e revisão bibliográfica em fontes de informação fidedignas, por exemplo, nas bases de dados da Cochrane e EBSCOhost.

Durante o percurso formativo senti a necessidade de aprofundar áreas de conhecimentos e consolidar outras, em especial na grande área de atuação que me propus defender neste relatório, tentando absorver o máximo de conhecimento sobre o toque, em concreto no Curso de Instrutores de Massagem Infantil promovida pela *International Association of Infant Massage* (IAIM), e na participação em ações formativas e congressos no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Deste modo, assisti ao *webinar* “Intervenção Educativa Digital em Neonatologia”, no qual foi debatida a implementação desta intervenção como medida promotora da literacia em saúde no contexto neonatal. No *webinar* “Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao RN – Implementação em Portugal” adquiri conhecimentos sobre este projeto, que pretende servir de referência para o desenvolvimento de orientações vinculativas, garantindo a longo prazo, a promoção de cuidados de saúde equitativos e de alto nível aos RNPT e doentes em toda a Europa. O curso de “Trauma Pediátrico” integrado no XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva Pediátrica” permitiu mobilizar conhecimentos e promover uma atuação segura através de bancas práticas. Assisti também ao “XXIV Congresso Nacional de Medicina Intensiva Pediátrica”, no qual as discussões e conferências promoveram um olhar dirigido a esta população, com a aquisição e aprofundamento de conhecimentos beneficiadores para uma prática de excelência. O *webinar* “Cuidados em Fim de Vida: Os desafios na Neonatologia” promoveu uma maior aquisição e consolidação de conhecimentos, perspetivando algumas sugestões de melhoria para o local de prática e o saber lidar melhor com o luto e os pais. A formação, “Dia Mundial do NIDCAP: *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*” contribuiu para direcionar os meus ensinamentos clínicos na vertente que me propus defender, consolidando temáticas. O *webinar* “A transição da Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?” veio levantar problemáticas existentes no dia a dia, reforçando a necessidade do acompanhamento pós alta, contribuindo para uma proposta de intervenção no local de trabalho. Participei na “A interação precoce na unidade de neonatologia: o seu impacto na díade pais-bebé”, *webinar* este que me motivou a continuar este percurso formativo, visto que reforçou a ideia de que as abordagens ao toque são uma

forma de intervenção precoce, e finalizando, assisti ao “I Congresso de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica na Região Autónoma da Madeira”, trazendo-me contributos para a construção do projeto de melhoria da qualidade de cuidados.

Este domínio de competências não é estanque. O enfermeiro especialista tem o dever de continuar na busca pelo conhecimento ao longo da vida, bem como, sustentar a sua praxis em conhecimento válido e fundamentado, baseado na melhor evidência disponível, com vista à excelência do cuidar. Atendendo ao exposto, considero ter atingido na plenitude as competências comuns do enfermeiro especialista, progredindo assim para as competências específicas do EESIP.

## **1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

O Enfermeiro Especialista (EE) é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana em prestar cuidados de enfermagem distintos e especializados nas diversas áreas de especialidade em Enfermagem. Este “envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

O EEESIP presta cuidados especializados ao binómio criança e famílias usando o modelo conceptual centrado nos mesmos, cuidando em qualquer contexto de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. O EE tem como dever dar resposta à complexidade em distintas áreas, através do “conhecimento e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (Regulamento n.º 422/2018, p.19192).

Este capítulo apresenta o percurso realizado para atingir as competências especializadas do EEESIP, sendo importante frisar que subdividi nas três grandes competências: **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** (Regulamento n.º 422/2018). Apresento em cada uma delas as atividades desenvolvidas, as observações e interações com a população alvo e família, nos

diversos ensinamentos clínicos, sem ordem cronológica. À semelhança do domínio das competências comuns, estas também se encontram sempre interligadas.

### 1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Esta competência específica integra um dos grandes objetivos da prática diária do EEESIP. Para alcançar a otimização da saúde do binómio criança/família, é essencial a parceria de cuidados com a inclusão dos pais/cuidadores, pois são estes que melhor conhecem as crianças e, consequentemente, as suas necessidades e vulnerabilidades.

Como tem vindo a ser referido, a parceria de cuidados (Casey, 1993) tornou-se fulcral não só para a otimização da saúde, mas também, para o desenvolvimento das competências parentais na promoção da saúde dos seus filhos, uma vez que esta integra uma relação de confiança, de aceitação e de compreensão durante todo o processo de cuidar (Knighton & Bass, 2021). O estabelecimento de uma parceria com os pais, através da negociação, da participação quando apropriado, da inclusão no processo de cuidar, foi transversal a todos os ensinamentos clínicos. Para o efeito foi crucial desenvolver uma comunicação eficaz e adequada a cada criança/jovem e família, consoante a sua faixa etária, estadio de desenvolvimento, bem como, aos níveis de literacia em saúde e aos aspetos culturais dos pais/cuidadores.

Durante a prática clínica demonstrei e desenvolvi conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento dos RN, lactentes, crianças e adolescentes. Sinto que o contacto com essa variedade de faixas etárias constituiu uma mais-valia, pois consegui dirigir o meu cuidar nas diversas vertentes do desenvolvimento, atendendo às fases em que se encontravam, fortalecendo conhecimentos e estratégias para ultrapassar barreiras, nomeadamente, na comunicação e na interação com o toddler e com o adolescente.

Dando resposta a um dos critérios de avaliação desta competência, consegui negociar, por diversas ocasiões, a participação da criança em todo o processo de cuidar. Entre as estratégias não farmacológicas referidas na literatura saliento a distração, o recurso à televisão, à música, até mesmo, através do diálogo sobre experiências, viagens e *hobbies*. O envolvimento da família também se tornou decisivo para que em situações particulares como, o caso de crianças em desmane da sedoanalgesia, conseguissem ficar mais calmas e recetivas ao nosso contacto, ou para que a avaliação da escala de *Growing-Skills II* fosse o mais fiável possível, no caso de crianças com diagnóstico provável de transtorno do espectro

do autismo. Todas estas barreiras observadas no decorrer dos dias, fizeram-me amadurecer enquanto futura EEESIP, pois nem sempre é linear a nossa ação. Não podemos planear uma intervenção, como por exemplo, cuidar de uma ferida cirúrgica, sem colocar em causa como a criança poderá reagir, que medidas adotar para uma melhor adesão da mesma, adequar as medidas não farmacológicas e farmacológicas a cada situação em particular (OE, 2013). É importante saber interpretar os sinais, que por vezes são dúbios.

Perante os desafios vivenciados no nosso dia a dia profissional, onde certas patologias afetam ou poderão afetar o desenvolvimento futuro da criança, nutro uma maior relação com a questão da prematuridade, muito patente nas consultas ocorridas no CDC. A prematuridade transporta incalculáveis alterações fisiológicas e ambientais que comprometem a adaptação ao meio ambiente, principalmente quando este é adverso, por se encontrar numa condição de saúde-doença tão instáveis. Segundo Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020), a imaturidade neurofisiológica do RNPT é demarcada na sua vulnerabilidade a determinadas patologias sendo também suscetível aos estímulos ambientais. É importante alertar, que o ambiente extrauterino transmite ao RNPT uma amplitude de estímulos que este não é capaz de organizar, sendo perçecionado pelo mesmo como hiperestimulantes. Deste modo, é crucial que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias designadas por neuroprotetoras, com o intuito de prover os estímulos adequados à continuação de um bom e saudável desenvolvimento infantil (Coughlin, 2016, 2017).

Estas estratégias neuroprotetoras visam principalmente, reduzir a disparidade entre as expectativas imaturas do cérebro humano e a experiência efetiva vivida no ambiente crítico, bem como, criar uma relação baseada num ambiente de suporte ao RNPT e família, propondo que as interações entre os cuidados e o ambiente respeitem os subsistemas do mesmo (Santos, 2011). Da prematuridade podem advir desfechos, quer para a criança, no seu desenvolvimento físico, psicológico e mental, quer para os pais, a nível emocional e no papel parental (Antunes et al., 2021).

Nesta ordem de ideias, surgiu uma situação em particular que me fez refletir no âmbito desta competência, sendo o caso de um lactente, nascido prematuramente, e a sua família, que foram encaminhados para o CDC.

De referir que o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) foi consolidado com o enquadramento no Decreto-Lei n.º 281/2009, consistindo numa união organizada de entidades institucionais, cujo objetivo principal é proporcionar a Intervenção Precoce na Infância (IPI) através de um conjunto de medidas de apoio, não apenas focadas nas crianças, mas também na família, garantindo condições de desenvolvimento das crianças

com funções ou estruturas do corpo limitadoras ao crescimento pessoal, social e a sua participação ativa nas atividades quotidianas inerentes à faixa etária em questão, bem como das crianças com risco elevado de atraso no desenvolvimento.

O SNIPI destina-se às crianças desde o nascimento até aos seis anos de idade e é constituído através da atuação mútua e coordenada entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Educação, não esquecendo as famílias e respetivas comunidades envolventes, sendo elegíveis ao apoio do SNIPI todas as crianças que se enquadram nos dois grandes grupos: alterações nas funções e/ou estruturas do corpo e risco grave de atraso no desenvolvimento (Decreto-Lei n.º 281/2009; SNIPI, 2023). Este sistema defende os pressupostos de que quanto mais cedo for realizado as intervenções e políticas na vida da criança e família, mais autónomas se tornarão na vida em sociedade e mais avanços se realizarão para colmatar as suas limitações. Focando-nos na situação particular, este lactente integra o segundo grupo, sendo composto por riscos graves de atraso no desenvolvimento, como por exemplo, histórico familiar de anomalias genéticas, complicações pré-natais severas, prematuridade, restrição de crescimento intrauterino (peso inferior 1500 gramas), asfixia perinatal grave, síndrome de abstinência neonatal e outras possíveis complicações neonatais. Os fatores de risco ambiental abrangem fatores parentais ou contextuais, primeiramente fatores que limitam as oportunidades das crianças a desenvolver normalmente, por exemplo, pais menores de idade, historial de abuso de álcool ou drogas, maus-tratos ativos ou passivos, doença do foro psiquiátrico, e por último, isolamento social, pobreza ou desorganização familiar (SNIPI, 2023).

Com um olhar atento para as características dos RNPT, as suas vulnerabilidades e particularidades, com o planeamento da consulta e sua implementação, foquei-me em possíveis áreas afetadas, estratégias a implementar para desenvolvimento das mesmas e verificar as estratégias de *coping* que a família dispõe, visando compreender a coesão familiar e intervir na família como foco, visto que um ajustamento apropriado depende de um *coping* adequado (Figueiredo et al., 2020).

Planifiquei a consulta atendendo à idade corrigida do lactente e informei os pais de tais dados. Abordar o desenvolvimento e o crescimento de um RNPT implica o esclarecimento dos conceitos de idade real e de idade corrigida. A diferença entre a idade real e a idade corrigida é que a idade real do lactente é o tempo de vida que o mesmo tem, em contrapartida, a idade corrigida é tida em conta o grau de prematuridade, isto é, a idade que o lactente teria se tivesse nascido na data prevista (40 semanas). Este cálculo é realizado pela subtração da idade gestacional com o tempo gestacional de termo (40 semanas), sendo

esta diferença então, subtraída à idade real. Por exemplo, um lactente com idade real de quatro meses e 17 dias, tem dois meses e dois dias de idade corrigida, tendo nascido com 28 semanas e dois dias (Formiga et al., 2015). Este é um assunto que devemos ter especial atenção na avaliação do crescimento (peso, estatura e perímetro cefálico) e desenvolvimento motor e da linguagem. Esta diferença no padrão de desenvolvimento normalmente desvanece durante os três primeiros anos de vida (Edmond et al., 2006).

Durante a avaliação da escala de *Growing-Skills II*, verifiquei que o lactente na competência do controlo postural ativo encontrava-se nos zero meses, tendo sido um dos pontos sobre o qual me debrucei com os pais para desenvolvermos estratégias de melhoria desta competência. O lactente em decúbito ventral atendendo à faixa etária, deveria conseguir levantar a cabeça e a parte superior do tronco, apoiando-se nos antebraços e mantendo as nádegas no plano de apoio, no entanto, verificou-se pouca força muscular a nível da cervical, ficando o lactente apoiado numa das faces. Perante esta dificuldade questionei os pais sobre o posicionamento adotado em casa e se realizavam momentos de “tummy time” com o intuito de fortalecer a musculatura cervical. Após validar a falta de informação parental sobre estes posicionamentos, informei e validei conhecimentos, reforçando a necessidade de posicionar o lactente em ventral por períodos e de realizar brincadeiras ou estimulações com o intuito do lactente erguer a cabeça e observá-los. Demonstrei a técnica ao posicionar o lactente e incentivei-os a realizar esta atividade cerca de 30 minutos, duas vezes dia se disponível. Reforcei a importância destes ensinamentos para o desenvolvimento do latente, observando receptividade por parte dos pais (World Health Organization [WHO], 2023).

Outra competência que necessitou de foco da nossa atenção foi a manipulativa, pois durante toda a consulta manteve-se com as mãos fechadas sobre o polegar e por breves momentos apresentava mãos abertas, mas sem direcionar o olhar para as mesmas. Instruí os pais a massajar as mãos, incentivei-os a que o latente tocasse em diferentes texturas e observassem se este dirigia o olhar para os dedos e até mesmo a brincar com os mesmos.

Os pais foram receptivos aos ensinamentos realizados, validaram positivamente o que foi instruído e afirmaram por diversas vezes que estavam mais esclarecidos e seguros de como prestar cuidados ao seu lactente. Ainda dando continuidade a este processo, dei resposta às dúvidas e receios dos mesmos, no que concerne às cólicas e à dificuldade que o lactente apresentava por períodos a se organizar para conseguir finalizar a alimentação. Estes foram os pontos onde os pais sentiram mais angústia. Transmisi calma, confiança e tranquilizei-os demonstrando a técnica de massagem abdominal que estes poderiam realizar no seu

domicílio para alívio das cólicas, que havia aprendido no Curso de Massagem Infantil. Também instrui sobre a técnica de posicionamento do lactente e a contenção com a musselina para poder finalizar a refeição de forma mais organizada e segura.

Uma vez que o EEESIP deverá promover a tranquilidade familiar, promovi um ambiente de confiança, por meio da relação terapêutica, permitindo que a família exprimisse os seus sentimentos sobre a problemática, descrevendo experiências anteriores e identificando as suas forças para lidar com os desafios, transmitindo um sentimento de esperança e fazendo-os ver que possuem competências relativamente ao encontrar mecanismos de ajustamento e estratégias para fazer face ao problema. Esta tomada de decisão foi sustentada na evidência de que o enfermeiro deve incentivar a família a escutar reciprocamente os sentimentos e preocupações de cada um dos seus elementos, habilitando-a a utilizar as suas próprias forças, apoios mútuos e recursos (Carvalho, 2012).

Tive ainda a oportunidade de intervir numa situação de risco, tendo sido possível articular com a assistente social, bem como, com o hospital de origem. Trata-se de um caso em específico, visto que a lactente deu entrada na UCIPed em coma, sem diagnóstico ou incidente que justificasse a situação. Após avaliação generalizada do estado do lactente, diagnósticos complementares e entrevista à mãe, constatamos que o lactente teria sido exposto a substância ilícitas. Para além da equipa multidisciplinar envolvida (serviço social e psicologia), pude observar como ocorre a referenciação para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Estas intervenções e decisões foram tomadas em concordância com o artigo 19.º da Convenção sobre os Direitos da Criança, onde o estado deve proteger as crianças contra todas as formas de maus-tratos e negligência por parte dos pais (IAC, 2020, p.10).

No decorrer dos ensinamentos clínicos, ainda tive a oportunidade de cuidar de crianças com lesões fúngicas orais, gastroenterites, entre outras, exigindo o desenvolvimento de conhecimentos sobre a temática, através da pesquisa bibliográfica.

### 1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

No que concerne a esta competência específica, considero ter mobilizado conhecimentos e recursos adequados para cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e exigência, recorrendo a diversas abordagens e terapias. Facultei e promovi a vinculação pais-filho através da consolidação das capacidades parentais, do

desenvolvimento social e psicológico, bem como, do estabelecimento de um vínculo coeso. Neste sentido, realço o caso em particular de um lactente com diagnóstico de síndrome *Down* e com insuficiência cardíaca grave. O processo de adaptação e aceitação do diagnóstico face à doença incapacitante/deficiência foram um choque para estes pais. Através da escuta ativa, do confortar, da promoção e implementação de estratégias de *coping*, consegui, com toda a equipa envolvida, fortalecer os laços pais-filho para um futuro mais risonho.

Os conhecimentos adquiridos com a elaboração do estudo de RIL (apêndice A) foram contributos essenciais, pois permitiram justificar uma tomada de decisão sobre as abordagens a utilizar fundamentadas em evidência científica. Consegui promover o *empowerment* parental sobre o toque, durante o internamento, pois estando o lactente internado desde o nascimento, todo o processo vincutivo encontrava-se afetado. Então, atuei em parceria com os pais na implementação de abordagens ao toque, nomeadamente, o colo, o toque, a massagem adaptas ao ambiente de cuidados intensivos que o mesmo se encontrava.

Em relação às situações de instabilidade e de risco de morte, consegui mobilizar o conhecimento, atuando de forma segura e rápida em certas situações. A oportunidade de cuidar de uma criança em oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO) fez com que a maior parte das unidades de competência fossem alcançadas com sucesso, pois cada dia era um novo desafio, uma nova aprendizagem. Um dia avançávamos um passo para a estabilidade e recuperação do lactente, outro regredíamos cinco. Ter de enfrentar esta família que cada dia ansiava por melhorias, fez com que crescesse e apoiasse os mesmos durante este longo e difícil processo. As unidades de competências desenvolvidas nesta situação em particular foram as mais variadas, desde o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de Enfermagem adequados; a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do lactente com a devida otimização das respostas; a providência de cuidados ao lactente promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a um conjunto de terapias de enfermagem, como a massagem; a implementação e gestão de um plano de saúde, promotor da parentalidade; a promoção da vinculação e do desenvolvimento infantil.

O caso em questão, marcou-me muito, tanto a nível pessoal como profissional, devido a toda a sua particularidade, desde ao facto de ser uma prematura (que me é tão intrínseco o cuidar) mas também uma vida tão frágil em situação tão complexa e instável. A curiosidade pela descoberta de mais conhecimentos, técnicas, do aprofundar e adquirir competências de enfermagem especializados despoletou uma imensa empatia por este caso

em especial, tendo tido a oportunidade de seguir o caso minuciosamente, durante todo o ensino clínico.

Segundo Meireles et al. (2021) a ECMO é um procedimento utilizado na população pediátrica portuguesa e uma técnica de suporte cardiopulmonar que harmoniza respiração e/ou assistência hemodinâmica em clientes críticos. Os autores mencionam ainda que, as terminologias ECMO e ECLS (suporte de vida extracorpóreo) são habitualmente utilizados como sinónimos e expressam a utilização de dispositivos mecânicos para o suporte temporário da função pulmonar ou cardíaca, no entanto, alertam que a sigla ECLS inclui diversos tipos de técnicas de suporte avançado de vida incluindo o ECMO. A técnica em estudo é adequada aos RN, tanto de termo como pré-termo, que se encontrem em falência respiratória aguda e irreversível, que não apresentam melhoria clínica perante as medidas ventilatórias convencionais e farmacológicas (Tamez, 2017).

Após a pesquisa realizada na mais recente evidência científica, senti que estava envolvida em todo o processo clínico, a aprender e a observar uma equipa com qualidade técnica excecional, o que fez com que me motivasse a querer saber mais, a poder atuar e desenvolver capacidades e conhecimentos, providenciando o melhor cuidado de forma holística à criança e família ao meu alcance. A atuação do enfermeiro perante esta técnica é imprescindível, pois a mobilização da criança advém um cuidado minucioso, a avaliação do sistema de cânulas que deve ser observado de duas em duas horas para o despiste de coágulos e fibrinas tanto no sistema arterial como venoso, bem como, a avaliação dos valores de coagulação através da colheita de sangue no sistema para análise. Estas avaliações constantes são fundamentais para o equilíbrio da coagulação, coágulos versus hemorragia, otimizando o sistema, de alertar que, os níveis de anticoagulação são variáveis e podem divergir entre ECMO venoarterial (ECMO-VA) e ECMO venovenoso (ECMO-VV). A avaliação de gasimetrias são realizadas consoante a instabilidade hemodinâmica da criança, variando entre 2/4 a 6 horas, onde observam-se e avaliam os valores de acidose e/ou alcalose respiratória/metabólica, gerindo os aportes de oxigénio necessários (Levy et al., 2022).

Um dos cuidados que aprimorei durante todo o ensino clínico e, em especial com esta técnica específica, foram os cuidados centrados na criança e família reforçando novamente a ideia, de que é essencial esta parceria para uma intervenção holística do EEESIP, verificando assim, o impacto do ambiente no neurodesenvolvimento e na condição hemodinâmica da criança. A nossa função enquanto EEESIP, durante este internamento, foi escutar e apoiar, capacitando os pais com estratégias de *coping* e promovendo uma adaptação progressiva, como refere Meleis (2010), ao novo papel parental.

Foi avassalador ver como a equipa de Enfermagem agilizava os seus cuidados respeitando o lactente, a envolvência que se observava entre a equipa e os pais. Senti que realmente é possível haver uma eficaz parceria de cuidados e que os benefícios são visivelmente positivos.

Saliento que, os cuidados sempre que prestados ao lactente eram realizados com o máximo a atenção aos seus estímulos, às reações do mesmo, informando os pais dos sinais de stress que o próprio indicava. Houve sempre um trabalho metódico da minha parte em fornecer aos pais informações revelantes quanto aos cuidados, atendendo à neuroprotecção e ao neurodesenvolvimento. Consegui transmitir aos pais, a importância de um toque de contenção em vez de uma “festinha”. Expliquei que o movimento repetitivo poderia estimular mais do que acalmar. Demonstrei a técnica do toque de contenção, validando os conhecimentos adquiridos. Os pais durante todo o processo foram muito receptivos aos ensinamentos, questionando e atuando em prol da minimização da dor e do desconforto do lactente.

Assim que possível, devido à estabilidade hemodinâmica do lactente, transitou-se para a abordagem contacto pele-com-pele. Somente passados 21 dias de nascimento, aqueles pais puderam ter o prazer de sentir a sua filha realmente nos seus braços, de a proteger de um ambiente tão hostil. Ao observar aquele misto de amor e de medo, de receio pelo pior, pois a condição clínica ainda não estava estável o suficiente para respirar de alívio, fez ter a certeza que estava a atuar na área certa, na promoção da vinculação entre pais-filho, no *empowerment* parental sobre o toque, através da aplicação de diferentes abordagens, desde as abordagens unimodais como nas multimodais, identificadas no estudo de RIL (apêndice A).

De salientar que, só após a realização do estudo de RIL, é que constatei que percorri com esta família e lactente uma variedade de abordagens multimodais consoante a estabilidade hemodinâmica da mesma. Inicialmente, de forma a superar os efeitos negativos da privação materna neste contexto crítico, induzindo uma conexão entre a díade o mais atempadamente possível, solicitei a estes pais um toque de conforto, a comunicação com voz tranquilizadora e a troca de odores, com a colocação de uma manta junto da RN, como preconizado pela abordagem *Family Nurture Intervention* (FNI). Os estudos avaliados na RIL concluíram que as mães que realizaram esta abordagem, apresentavam um maior envolvimento nos cuidados diários prestados ao RN (Welch et al., 2013; Beebe et al., 2018).

Outra das abordagens adotadas nesta situação, foi a multimodal *Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences* (SENSE), consistindo esta como uma estratégia de *empowerment* parental, com o intuito de envolver os mesmos na promoção consistente de

interações sensoriais positivas e adequadas ao desenvolvimento do RN. Nesta abordagem recorre-se ao toque através do colo, da MI, contacto pele-com-pele e estimulação auditiva. Esta abordagem vai ao encontro da referida anteriormente, no entanto com uma particularidade, eram apresentados materiais educacionais destinados à promoção do cuidado individualizado, relacionado com os sinais comportamentais do lactente, identificando assim os pais, uma vez mais como fulcrais na vida do lactente, fomentando a educação parental sobre o desenvolvimento infantil (Pineda et al., 2020).

Concluindo, tive a oportunidade de informar e esclarecer pais como manter e promover uma vinculação afetiva forte, mesmo com todas as barreiras físicas que os impediam de mobilizar a filha sozinhos. Os pais passaram a realizar toque de contenção, a massajar as extremidades frias (devido à técnica) com hidratante corporal, e envolveram-se no cuidado de trocar a fralda, comunicando com a lactente, informando-a e pedindo autorização à mesma para a sua mobilização. Verifiquei que foram capazes de reconhecer os sinais de stress e de implementar medidas de auto-regulação de forma autónoma, o que me fez sentir serem eficazes as estratégias adotadas.

Para além desta experiência avassaladora, onde reconheci situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, saliento que tive a oportunidade, durante um dia, de adquirir conhecimentos e atuar numa ocorrência de especial complexidade e transferência de uma criança (quatro anos) através do Transporte Intra-Hospitalar Pediátrico (TIP). Esta encontrava-se com padrão respiratório comprometido, conectado a prótese ventilatória invasiva e em coma induzido após um acidente de viação. Foi sem dúvida uma das grandes experiências deste ensino clínico, que me fez valorizar ainda mais a necessidade da contínua procura de informação e revalidação de conhecimentos já adquiridos, como por exemplo, a realização de *Pediatric Advanced Life Support* (PALS), Trauma Pediátrico, entre outros.

No que concerne aos conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignidade da morte” e dos processos de luto, enfrentei a perda de um RN e o diagnóstico de morte cerebral de outra criança.

Relativamente às situações particulares anteriormente referidas, a comunicação da perda aos pais de crianças ou adolescentes, associada a uma morte repentina, é uma intervenção complexa e árdua para os profissionais de saúde. Esta dificuldade aumenta face à relação estabelecida com a criança/jovem e com os pais/família, durante o internamento o que despoleta diversos sentimentos, tais como, medo e angústia, sendo apontado em diversos estudos a fragilidade das equipas de saúde para orientar este tipo de comunicação devido à falta de preparação (Da Silva Knihs et al., 2022).

Assim, a aquisição de competências e habilidades para uma comunicação mais eficaz e segura de más notícias, torna todo o processo mais tranquilo, consequentemente com melhor qualidade e segurança à intervenção realizada aos pais e familiares, principalmente quando os profissionais de saúde apresentam crenças, valores e questões culturais entres da comunicação. Logo, o uso de vocabulário apropriado, a clareza da comunicação e o respeito pelo tempo dos pais para reunir, reter e compreender a mensagem da morte é fulcral (Da Silva Knih et al., 2022).

Neste sentido, a comunicação estabelecida entre a equipa multidisciplinar e a família foram um exemplo de boa prática. Verifiquei que durante todo o processo, a comunicação ocorreu com verdade, tendo sido estabelecida com os pais uma relação empática e de confiança, com momentos recorrentes de validação de informação, de forma a transmitir aos pais a sua importância nos cuidados e nas tomadas de decisões. Como referido pela OE (2015c), contar a verdade, qualquer que seja a situação, deve ser um momento ponderado, estando os pais numa situação de debilidade, estes filtram o que querem ouvir, aquilo que desejam saber, num claro respeito pela dignidade e autonomia.

A evidência científica, esclarece que a comunicação de más notícias, na área da saúde está catalogada a uma ameaça do estado físico ou mental, devendo estar implícito o envolvimento da equipa multidisciplinar neste tipo de notícias, pois cada um destes profissionais possui funções e competências específicas. De realçar que, a eficácia do processo comunicacional depende do vínculo estabelecido entre a família e a equipa, bem como, da sensibilidade dos profissionais de saúde para gerir cada situação atendendo sempre aos diversos contextos culturais, sociais, educacionais e familiares. O exercício de uma comunicação eficaz é resultante da clareza e pormenorização da mensagem, com códigos que o recetor perceba e os termos apropriados (Zanon et al., 2020).

Pelo descrito, constato que os cuidados de enfermagem especializados, experienciados no ensino clínico, nomeadamente a promoção da adaptação parental à doença, a negociação do papel parental e a validação da informação, assistindo-os na dor e no processo de luto, constituem exemplos de boas práticas.

Estas duas situações fomentaram sentimentos de revolta, mas ao mesmo tempo, proporcionaram uma grande aprendizagem, em como enfrentar estas situações no dia a dia e como agir perante estas adversidades. Senti necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área de atuação, verificando que o processo de luto parental é complexo e desencadeia sentimentos de impotência, culpa, tristeza, frustração, dor, sofrimento e angústia. Particularmente nesta situação, o sentimento de culpa e a responsabilização pessoal foram

os mais demonstrados pelos pais, bem como, a sensação de impotência, por não terem sido capazes de impedir a perda do filho. Segundo Kübler-Ross (1996), no decorrer deste processo ocorrem cinco fases: Negação, Raiva, Negociação, Depressão e Aceitação, que não são necessariamente sequenciais ou obrigatórias, podendo ser vivenciadas duas.

Na situação em análise, os pais encontravam-se em fases distintas. A mãe apresentava estar numa fase de depressão quase aceitação com isolamento e melancolia, expressando diversas vezes que se sentia impotente diante a perda que se aproximava, no entanto, referia aceitar a situação porque não queria mais sofrimento para o seu filho. Já o pai, encontrava-se numa fase de raiva e de revoltado com os profissionais de saúde e com o mundo, não se conformando com a situação, que resultou no seu afastamento e redução das visitas ao filho. A reflexão sobre esta situação, permitiu-me perceber e aprofundar conhecimentos e estratégias de *coping* para apoiar os pais e família em situação tão drástica.

Em todos os contextos de ensino clínico, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, aplicando conhecimentos e habilidades referentes às terapias não farmacológicas para o alívio da dor, revelou-se uma intervenção de especial destaque nos cuidados prestados. A DGS (2003) afirma que a dor é o 5º sinal vital, fortalecendo assim, a importância da gestão apropriada da dor, sendo esta uma prioridade no âmbito dos cuidados, respeitando não só a componente ética, mas também a humanização dos cuidados como um padrão de qualidade e excelência. Neste sentido, a dor é um conceito com uma vasta variabilidade na perceção e expressão da mesma, face ao mesmo estímulo doloroso, podendo ser relacionada a uma lesão tecidual concreta ou potencial. A dor segundo a OE (2016) é definida como perceção comprometida, onde ocorre um aumento da sensação corporal desconfortável, limitação do foco de atenção, fuga de contacto, expressão facial característica e alteração do tónus muscular, entre outros.

A aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no decorrer da prática clínica foram constantes, uma vez que, a dor na criança tem sido alvo de evolução. A dor nem sempre foi valorizada. Apenas nas últimas décadas se tornou claro que o RN não só sente dor, como também apresenta maior hipersensibilidade aos estímulos doloroso, ambientais e a fatores de stress (Da Cunha Batalha & Sousa, 2018). Assim, o enfermeiro ao prestar cuidados diferenciados, tem o dever de avaliar e tratar na sua individualidade a dor do RN, criança e/ou jovem, quer a nível da perceção, manifestação e respostas (OE, 2013). Menciono a “Carta da Criança Hospitalizada”, onde constatamos diversos aspetos relacionados com a humanização dos cuidados à criança e família, destacando-se a afirmação

“As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 2008, p. 9).

Em relação às intervenções não farmacológicas, estas são consideradas intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos, em complemento com medidas farmacológicas, promovendo uma maior autonomia por parte da criança e família. No que respeita às situações particulares ocorridas em contexto pré e pós-cirúrgico no ensino clínico, as intervenções não farmacológicas aplicadas nos RN, são recomendadas para o alívio e controlo da dor, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade hemodinâmica (OE, 2013).

O EEESIP devido à sua atuação holística, visa promover uma adaptação bem-sucedida à redução e minimização da dor, apoiando os pais na aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas necessária para se tornarem proficientes nas intervenções não farmacológicas. É através da implementação de intervenções não farmacológicas que conseguimos alcançar uma reestruturação cognitiva, dirigida às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, transformando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (OE, 2013).

Atendendo à população predominantemente cuidada durante os ensinos clínicos (RNPT, RN e lactentes), as intervenções não farmacológicas recomendadas pela OE (2013) são: redução da incidência de luzes sobre os RN/lactentes; redução do ruído ambiental; preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso; posicionamento adequado, com a utilização de artefactos; concentração de manipulações; massagem infantil; embalo/colinho, sucção não nutritiva (SNN), associada ao leite materno e/ou à sacarose 24%.

Considerando as intervenções realizadas de modo a gerir a dor no lactente e a temática do presente relatório privilegiei o toque de contenção, a execução da MI, a abordagem contacto pele-com-pele e SNN com utilização de sacarose 24 %.

A execução da MI foi desenvolvida como uma das intervenções a dar resposta à minimização da dor, sendo parte integrante das intervenções autónomas do enfermeiro (OE, 2019a). Perante um lactente que apresentava um teratoma sacrococcígeo e exibia períodos de cólicas e desconforto abdominal, muitos destes associados a diminuição do apetite, e a períodos de grande irritabilidade decorrentes do uso de óculos nasais e de máscara facial para oxigenioterapia. MI, foi uma abordagem ao toque que ao ser implementada, apresentou um grande índice de redução do desconforto. A MI é considerada umas das intervenções não farmacológicas que podemos implementar e ensinar aos pais, com múltiplos benefícios entre

os quais saliento o aumento do vínculo entre pais/filho, permitindo deste modo, uma base de confiança, segurança e de aceitação emocional importante para o desenvolvimento positivo do lactente (Associação Portuguesa de Massagem Infantil [APMI], 2022). Em relação às abordagens contacto pele-com-pele e método canguru, estas reduzem significativamente a durabilidade do choro, atenuam a resposta da atividade comportamental e fisiológica à dor e diminuem a frequência cardíaca (OE, 2013).

A SNN com recurso à chupeta adocicada com sacarose a 24%, é outra medida não farmacológica de alívio da dor implementada. Esta favorece a diminuição da dor e a redução de comportamentos infantis desorganizados. Inibe a hiperatividade, modula o desconforto do RN, diminuindo o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. De salientar que a analgesia promovida pela chupeta ocorre apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor aquando da sua interrupção (OE, 2013).

Em relação à abordagem colo, esta reduz significativamente a durabilidade do choro, atenua a resposta da atividade comportamental e fisiológica à dor e desconforto, e diminui a frequência cardíaca (OE, 2013). E por fim, não menos importante, menciono outra medida, o brincar em contexto de internamento hospitalar. O brincar é descrito como uma realidade alternativa e uma estratégia de resposta ao stress contribuindo desta forma a uma maior interação criança-enfermeiros-família, possibilitando uma comunicação efetiva (De Sousa et al., 2021).

Foi meu dever enquanto futura EEESIP ensinar, informar, esclarecer e escutar ativamente os pais, de forma a promover estratégias facilitadores do processo de transição e adaptação positiva à minimização, redução e alívio da dor no lactente usando estratégias não farmacológicas (OE, 2011). Durante os ensinamentos realizados constatei uma atitude positiva dos pais face aos conhecimentos transmitidos e a adoção de estratégias facilitadoras do processo saúde-doença.

A última unidade de competência, promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade, foi a que tive menos oportunidades de desenvolver durante os ensinamentos clínicos. No entanto, no ensino clínico no serviço de pediatria, permaneci um período no hospital de dia de oncologia pediátrica. Nesse período tive a possibilidade de observar as rotinas, as intervenções realizadas, bem como, a gestão de emoções e expectativas, com adoção de estratégias promotoras da esperança.

O estudo de revisão *scoping* desenvolvido por Maravilha et al. (2021), possibilitou uma maior compreensão sobre o conceito de esperança, comprovando na grande maioria dos

estudos analisados, que esta é caracterizada como um processo multidimensional, positivo e motivador. É também relatada como poderosa, essencial à vida, cíclica e provedora de orientação interna, sendo defrontada pelos pais como um recurso interno. Este processo articulado com a aceitação do diagnóstico, declara-se como substancial para o delinear dos objetivos e futuramente a execução de um plano orientador.

Foram identificadas na evidencia científica algumas estratégias promotoras da esperança, tais como, a consciência positiva sobre a patologia e tratamento, o suporte social adequado à família, o abrigo na espiritualidade, o ganho de experiência, o domínio em relação ao tratamento do filho e o foco nos fatores positivos atuais. Por outro lado, como fatores inibidores da esperança, nomeamos as seguintes: consciência negativa sobre a patologia e tratamento, a sobrecarga de informação, a fadiga e exaustão física e emocional dos pais/cuidadores, e o pensamento negativo da família alargada e comunidade.

Desta forma, cabe aos enfermeiros, em especial o EEESIP, atendendo à prestação de cuidados centrados na família, identificar os fatores promotores e inibidores da esperança, intervindo assim, na promoção da esperança parental (Maravilha et al., 2021). De realçar a comunicação adequada e clara que as colegas EESIP e restante equipa multidisciplinar apresentavam, impactaram o processo de aceitação e compreensão dos pais face à doença. Concluo, considerando ter sido muito enriquecedor presenciar o trabalho árduo que a equipa integrante do hospital de dia de oncologia realiza diariamente, respeitando e apoiando a criança e família no processo de aceitação e de luto.

### 1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Um dos grandes focos de atuação do EEESIP é a promoção do desenvolvimento infantil. O lactente/criança/jovem é caracterizado como um ser com vulnerabilidade acrescido devido à sua condição humana e às suas particularidades específicas. Deste modo, devem ser proporcionadas condições favoráveis a um desenvolvimento global harmonioso, sempre em prol de atingir o seu máximo potencial.

É através das vivências ocorridas nos ensinos clínicos que justificarei o sucesso da aquisição desta competência, no sentido de observar as especificidades e requisitos desenvolvimentais das diversas etapas do ciclo vital, dando resposta eficaz e promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento das crianças e jovens desde a vinculação até a adolescência (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

O desenvolvimento infantil é considerado um processo complexo com mudanças nas habilidades relacionadas ao comportamento humano, incluindo a área motora, psicossocial, cognitiva ou de linguagem, resultando na interação dos fatores ambientais, biológicos e sociais. As suas áreas de estudo estão divididas em cinco domínios: sensorial, cognitivo, motor, psicossocial e da linguagem. É na faixa etária correspondente ao lactente que ocorrem as mais rápidas e maiores modificações no desenvolvimento infantil, principalmente no que concerne ao domínio neuropsicomotor (Silva et al., 2022)

Nesta fase do ciclo vital, não nos podemos esquecer que os pais encontram-se num período de transição para a parentalidade e adaptação ao papel parental (Meleis, 2010). Assim, é fundamental a sua orientação e esclarecimento sobre sinais de alerta para um bom desenvolvimento da criança e estratégias de estimulação. A hospitalização, por sua vez, constitui uma experiência suscetível de afetar o desenvolvimento e bem-estar da criança, pois no momento que esta é internada ocorre um afastamento do seu núcleo familiar e a integração num ambiente desconhecido, no qual é alvo de rotinas invasivas e traumáticas que poderão originar dor e desconforto. A evidência científica demonstra que a hospitalização tende a ser mais problemática durante a primeira infância devido à imaturidade em termos sociocognitivos e o restrito número de estratégias de *coping* para fazer face às experiências vivias neste contexto, tendo os pais o principal papel para uma boa adaptação psicossocial da criança ao internamento (Rodrigues et al., 2020).

Múltiplos estudos realizados na área da neurociência, revelam que a exposição a eventos traumáticos e stressantes, físicos ou psicológicos, podem aumentar o nível de cortisol. Este aumento poderá afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o Sistema Nervoso Central (SNC) do lactente, podendo alterar a arquitetura cerebral. Logo, crianças sujeitas a elevados níveis de cortisol de forma crónica, são mais suscetíveis a apresentar atrasos no desenvolvimento cognitivo, motor e social (Fialho et al., 2014).

Nesta linha de raciocínio reporto-me ao ensino clínico ocorrido na UCIN, no qual me deparei com uma abordagem de cuidados transversal a toda a equipa de saúde, caracterizada por cuidados atraumáticos e centrados no neurodesenvolvimento e na família (Coughlin, 2017) operacionalizado por programas como o *Newborn Individualized Care and Assessment Program* (NIDCAP), e mais recentemente o *Family Infant Neurodevelopmental Education* (FINE) (Warren, 2015).

Os cuidados neuroprotetores e desenvolvimentais, têm como principal objetivo diminuir o stress, prevenir a agitação, conservar a energia, promover o crescimento e a recuperação do neonato, facilitando as capacidades de autorregulação e diminuindo as taxas

de mortalidade e morbidade neonatal (Tamez, 2017). Esta abordagem de cuidados inclui, entre outros, o controlo dos estímulos externos, o posicionamento, o método canguru e a integração dos pais nas atividades de cuidados diárias e na tomada de decisão. Tudo em prol de um ambiente na UCIN que minimize o stress para o RN, pais e profissionais de saúde, reduza a dor e proporcione uma experiência sensorial apropriada ao desenvolvimento de cada RN (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2021). Esta abordagem visa fundamentalmente, diminuir a disparidade entre as expectativas imaturas do cérebro humano e a experiência efetiva vivenciada no ambiente crítico como na UCIN, bem como, estabelecer uma relação baseada num ambiente de suporte ao RN e família, propondo que as interações entre os cuidados e o ambiente respeitem os subsistemas do RN (Santos, 2011).

O maior despertar para esta abordagem ocorreu com a visualização da técnica de contenção ou *swaddle* durante a prestação dos cuidados de higiene e a pesagem a um RN. Foi gratificante ver como a equipa de enfermagem agilizava os seus cuidados respeitando o RN, a envolvência que se observava entre a equipa e os pais, fez com que sentisse que realmente é possível haver uma eficaz parceria de cuidados e que os benefícios são visivelmente positivos.

Assim, consegui, deste modo, compreender a importância da prestação de cuidados de higiene ao RN contido, pois como descrito na literatura, o banho não é uma simples intervenção, mas um ato onde ocorre muito toque, causando desorganização, alteração dos parâmetros de comportamento e dos sinais vitais, desde aumento ou diminuição da frequência cardíaca, respiratória e temperatura corporal, havendo um maior gasto de energia do mesmo para se manter hemodinamicamente estável (Ceylan & Bolışık, 2018).

Desde modo, é apresentado a nível científico que a contenção do RN antes do banho e durante o mesmo, auxilia na diminuição das alterações fisiológicas, comportamentais, agitação, tremor e choro promovendo uma maior homeostasia (Rudhiati & Murtiningsih, 2022). Um dos estudos analisados demonstrou a diferença nos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e respiratória) antes, durante e após o banho nos RNPT, constatando que o banho contido não apresentou diferenças significativas nos sinais vitais em relação ao banho convencional, o que sustenta os benefícios deste tipo de banho (Rudhiati & Murtiningsih, 2022).

O banho contido tem demonstrado ao longo das pesquisas realizadas, ser um procedimento confortável e adotado como uma estratégia não farmacológica na redução da dor e do stress, promovendo deste modo um efeito de relaxamento no RN. A contenção ou *swaddling* segundo Rudhiati e Murtiningsih (2022) promove a estabilização hemodinâmica

e reduz os indicadores de stress no RN. Outra das conclusões obtidas no estudo acima mencionado, é na relação comportamental observada no RN onde o banho foi realizado contido, os períodos de choro e agitação foram menores promovendo um melhor resultado tanto a nível do comportamento organizado e níveis de saturação de oxigénio.

Toda esta experiência foi um momento de grande aprendizagem para o meu percurso, possibilitando-me demonstrar aos pais o quão importante é observar o RN e respeitar as dicas que eles nos transmitem, justificando deste modo o *empowerment* parental sobre o toque.

O interesse por esta abordagem de cuidados e pela sua operacionalização, foi potenciado pelo meu exercício profissional numa UCINP e por já ter realizado o primeiro nível do curso FINE. Estava motivada a aprender e a partilhar esta aprendizagem com os colegas no meu contexto profissional. Toda a experiência foi muito positiva. Consegui observar e colocar em prática o aprendido com as colegas da UCIN e também articular o conhecimento já adquirido pelos anos de trabalho efetivo numa unidade de cuidados intensivos.

Observei que no sector dos cuidados intermédios, os cuidados eram maioritariamente realizados pelos pais, com supervisão da equipa de Enfermagem, e que estes, de forma muito segura, atuavam e respeitavam os tempos do RN, os sinais e comportamentos. Um dos objetivos da equipa era transmitir aos pais o que observar no seu filho, para que estes percebessem se o mesmo estava recetivo ao toque, aos cuidados de higiene ou até mesmo à mobilização. Havia um empenho especial para que toda a equipa multidisciplinar respeitasse o tempo do RN de forma que organizassem os cuidados a uma determinada hora respeitando assim o tempo de sono do mesmo, no entanto, saliento que este agrupamento de cuidados é uma prática atualmente não recomendada.

É de realçar que a boa integração e envolvimento com a equipa foi muito importante, pois os pais reconheceram as minhas competências, o que me possibilitou criar empatia com eles facilitando a envolvimento nos cuidados. Foram demonstrados aos pais como realizar os cuidados de higiene com contenção, quais os benefícios para o RN e a recetividade dos mesmos.

Foi com especial admiração que concluímos que esta abordagem de cuidados está instituída nesta UCIN de forma tão fluida e recetiva por toda a equipa multidisciplinar, o que demonstrou haver respeito mútuo entre os RN, famílias e equipa de saúde ao longo do desenvolvimento, indo de encontro com esta competência específica do EEESIP.

Em suma, durante este ensino clínico consegui observar o real benefício da técnica do banho contido em parceria com a família, como sendo uma das experiências mais gratificantes. A segurança e calma transmitida pelos pais durante a prestação de cuidados foi avassaladora, pois uma das maiores dificuldades era ver o seu filho a chorar, com comportamento desorganizado. Sentiam-se vulneráveis ao ver o quão desconfortável estava o seu filho. Mas após terem sido instruídos sobre a técnica e com estratégias de *coping*, os pais manifestaram que o banho passou de um momento de stress para um momento relaxante para o RN e para eles próprios.

Ainda dentro desta grande competência, urge a necessidade de explicar a vinculação. Durante os ensinamentos clínicos, esta foi uma unidade de competência verificada constantemente, onde demonstrei conhecimentos sobre as competências do RN para promover o comportamento integrativo, avaliei o desenvolvimento da parentalidade, promovemos a amamentação, mas em especial utilizei estratégias promotoras do contacto físico entre o RN e os pais, nomeadamente, MI, o toque de contenção, o contacto pele-com-pele, o colo, com identificado no estudo de RIL realizado (apêndice A).

Houve várias experiências e momentos que contribuíram para promover o desenvolvimento desta unidade de competência, realço dois como mais marcantes. O caso clínico desenvolvido tanto no ensino clínico na Unidade de Cirurgia Pediátrica, bem como, na Unidade de internamento medicina. Em ambos, durante o decurso do internamento do lactente, os pais, em especial as mães, iniciaram períodos de maior ansiedade, medo e insegurança em prestar cuidados, bem como, dificuldade em gerir o internamento e a vida familiar.

Para uma melhor compreensão deste fenómeno, analisei a teoria da vinculação, sendo esta caracterizada por um laço afetivo, que após ter sido estabelecido, tende a perpetuar-se no tempo e espaço. Esta teoria pressupõe uma necessidade de construir vínculos emocionais que se apresentam como uma componente básica da pessoa, presente ao longo de toda a Vida (OE, 2015c). O conceito de processo de vinculação entre o lactente e os seus pais, é caracterizado por ser a base de todas as relações que decorrerão na sua Vida. A formação de um vínculo afetivo robusto é considerada a palavra certa para um desenvolvimento afetivo, cognitivo, emocional e psicológico adequado à criança (Querido et al., 2022).

Durante os ensinamentos clínicos, o diagnóstico de Enfermagem, vinculação comprometida, foi identificado advindo essencialmente do internamento. A dificuldade vivida pelos pais no estabelecimento de uma vinculação forte durante a hospitalização, faz

com que ocorra uma alteração na transição e adaptação a esta nova fase do ciclo vital (Querido et al., 2022).

Posto isto, é importante que o EEESIP, alerte os pais para a necessidade de preservarem o equilíbrio entre dois sentimentos contraditórios, a angústia do desconhecido e a ligação ao lactente. É essencial os pais se apoderarem de conhecimentos e competências facilitadoras da prestação de cuidados centrado no neurodesenvolvimento, incluindo entre outros, o controlo dos estímulos externos, o posicionamento, o método canguru ou a integração dos pais nas atividades de cuidados diárias e na tomada de decisão.

Deste modo, cabe ao enfermeiro facultar e promover o processo de vinculação através da consolidação das capacidades parentais, do desenvolvimento social e psicológico, bem como, do estabelecimento de um vínculo coeso, sendo fulcral, reforçar a necessidade da proximidade física, pois o processo de vinculação só se inicia com esta proximidade, contacto, toque, calor, pele e voz. Segundo Querido et al. (2022), perante este contacto, ocorre a diminuição da angústia parental, fomentando efeitos emocionais positivos. No lactente tem repercussões positivas na estabilidade hemodinâmica e na minimização da dor. Assim, cabe ao EEESIP avaliar a evolução da vinculação, incentivar a abordagem contacto pele-com-pele e a amamentação, planear a participação da mãe/pai nos cuidados, avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da vinculação, ensinando e reforçando positivamente.

A abordagem contacto pele-com-pele é considerada fulcral para fracionar as barreiras existente entre a tríade e unir os pais e o RN. Os pais sentem-se menos ansiosos, promovendo o sentimento de pertença, aumentando o compromisso com o filho, adotando uma posição de mais controlo sobre a situação atual (Querido et al., 2022). Apesar de existir uma relação direta entre a amamentação e a vinculação, tanto no ensino clínico de cirurgia pediátrica como no serviço de medicina pediátrica, por motivos patológicos maternos e sociais, esta foi interrompida, no entanto, ambas as mães foram sempre incentivadas e encorajadas a tocar e dar colo ao RN, incitando posteriormente a extração de leite materno, o que promoveu uma maior conexão entre ambos, aumentando consequentemente a sua produção.

Em suma, importa mencionar que o estímulo por parte dos profissionais de saúde influencia positivamente os sentimentos dos pais, tornando-os mais confiantes na interação com o lactente, sendo este processo facilitado por uma comunicação eficaz, possibilitando deste modo, uma interação positiva e uma parceria dos cuidados. A comunicação torna-se a

base para a colaboração e parceria dos cuidados, sendo fundamental para melhorar o vínculo com os lactentes e o bem-estar psicológicos dos pais (Querido et al., 2022).

Recorrendo à “Carta da Criança Hospitalizada” importa frisar a importância das crianças e dos pais terem o direito à informação sobre a doença e tratamento, com discurso adequado à idade, a fim de poderem participar ativamente nas decisões, assim como a equipa multidisciplinar ter a formação adequada para providenciar e dar resposta às necessidades psicológicas e emocionais de ambos (IAC, 2008). Sendo a hospitalização de um lactente/criança ou jovem uma circunstância crítica que gera uma crise no sistema familiar, senti necessidade de apresentar o conceito de medo. Medo é definido por ser uma reação primária, uma emoção ou sentimento, surgindo como uma reação normal ao perigo e que pode envolver vários tipos de resposta, fisiológica, sentimentos encobertos, pensamentos e reações comportamentais (OE, 2011). Logo, o medo e ansiedade referenciados pelos pais é algo que tem sido analisado no decorrer dos anos. A causa nomeada para estes sentimentos envolve a separação dos filhos, as preocupações relacionadas com a dor, a idade da criança, entre outros (OE, 2011; Aranha et al., 2018).

É papel do EEESIP atuar não só na estabilidade e recuperação das crianças, mas também e fundamentalmente nos pais/família. Pontes et al. (2022) defendem que o internamento é visto como um processo crítico onde é retirada a segurança familiar e social, sendo este acontecimento evidenciado fortemente como uma experiência difícil principalmente durante a primeira infância. Esta separação do ambiente seguro causa angústia, desconforto e dor, pois a criança encontra-se num espaço desconhecido, onde a comunicação/linguagem e os procedimentos no meio envolvente dificultam a ligação enfermeiro-criança.

Os desafios presentes durante o internamento variam desde o adaptar-se ao ambiente hospitalar, a materialização da situação saúde-doença e o deixar de viver o seu dia-a-dia rotineiro. Uma das estratégias de controlo da ansiedade, envolve a rede de apoio. Uma boa rede de apoio por parte dos familiares, amigos e profissionais de saúde facilita todo o processo de aceitação de saúde-doença. O apoio familiar é observado como um pilar fundamental, capaz de suportar e de renovar as forças das mães dando continuidade à disputa pela recuperação do lactente (De Souza et al., 2021).

Neste sentido, a compreensão das especificidades, individualidades de uma família e seu processo familiar, é um fator indispensável que possibilita adaptar os cuidados (Figueiredo et al., 2020). O processo familiar, em conformidade Carvalho (2012), é um foco crucial para a prestação de cuidados de enfermagem, pois engloba diversas áreas,

nomeadamente a comunicação, os papéis, a tomada de decisão, o poder, a satisfação conjugal, assim como, as estratégias de *coping*. Neste contexto, o profissional de saúde, nomeadamente o EEESIP, deverá promover a tranquilidade familiar, transmitindo um sentimento de esperança e fazê-los ver que possuem competências relativamente ao encontrar mecanismos de ajustamento e estratégias para fazer face ao problema. De igual modo, é essencial que se promova um ambiente de confiança, por meio da relação terapêutica, com o intuito de que a família exprima os sentimentos sobre a problemática, descrevendo experiências anteriores e identificando as suas forças para lidar com os desafios, tudo isto com a ajuda do enfermeiro. Ainda nesta sequência, o enfermeiro deve incentivar a família a escutar, reciprocamente os sentimentos e preocupações de cada um dos seus elementos, habilitando-a a utilizar as suas próprias forças, apoios mútuos e recursos (Carvalho, 2012).

O apoio psicossocial da equipa de enfermagem é tão importante quanto o procedimento técnico voltado às alterações fisiológicas, pois nem sempre promove resultados eficazes diante de situações de stress. Logo, é essencial incentivar e estimular a empatia e a humanização dos cuidados para que possamos atuar em situações de maior instabilidade emocional por parte das famílias (De Souza et al., 2021).

Tendo em conta o mencionado, com a situação vivenciada no ensino clínico de internamento de medicina onde os pais estavam em processo de identificação de parentalidade, constatou-se uma alteração ao nível do funcionamento/ reestruturação familiar, devido à hospitalização, ao processo que se encontram em relação à paternidade e ao acompanhamento da lactente pela mãe e avó, tendo estes o apoio da tia materna. Neste sentido, é importante intervir não só no agregado familiar, mas também na família alargada, com vista a uma melhor adaptação a esta fase, facilitar a recuperação do RN/lactente com o envolvimento da família na transição saúde-doença, identificar, manter e aprimorar as estratégias de *coping* da família, efetuando ensinamentos e ajudando em todo o processo de transição.

Por último, saliento o projeto desenvolvido de forma a aquisição desta competência de EEESIP bem como, dando resposta a um grande objetivo pessoal, a implementação do projeto de MI e o *empowerment* parental. Enquanto futura EEESIP, senti que precisava de transmitir a ideia do que é o toque, precisava de ver pessoalmente como é que os pais contemplavam este tema, como reagiam aos ensinamentos, para que conseguisse delinear da melhor forma possível o meu relatório final.

Foi através da implementação deste projeto (apêndice B) que fiquei com a certeza de que se tratava de um tema fulcral a ser desenvolvido, desde o nascimento à adolescência, pois sem o toque muito obstáculos se levantam, incertezas, medos e dúvidas. De forma a melhor compreendermos a importância do toque e suas especificidades, senti a necessidade de aprofundar o desenvolvimento cerebral e comportamental e a influência da estimulação tátil.

Segundo Li et al. (2022), o toque representa um dos sentidos mais importantes ao longo do ciclo vital, particularmente em contexto das nossas experiências emocionais e sociais. O entendimento sobre o toque decorre da estimulação de fibras cutâneas aferentes e de baixo limiar que transmitem qualidades sensoriais/percetuais distintas, por meio de projeções por diferentes neurónios específicos do estímulo.

De salientar que, o toque tem componentes de diferentes direções, por exemplo de baixo para cima e vice-versa, contribuindo para a modulação das respostas ao toque interpessoal. Assim, o mesmo padrão de toque pode ser interpretado com sendo mais ou menos agradável, dependendo de quem está a tocar; isto é, os RN ou lactentes podem mostrar diferentes respostas parassimpáticas ao mesmo tipo de toque realizado por um estranho em oposição ao da sua mãe (Li et al., 2022).

Diversos autores afirmam que o carinho que as mães realizam a nível abdominal durante a gestação, podem ajudar a promover o vínculo. Em termos de maturação do processamento do toque pelas fibras no cérebro, este ocorre particularmente no terceiro trimestre com efeitos parassimpáticos na redução da frequência cardíaca relatados em RN e RNPT e alívio da dor associados a esses mesmos carinhos. As respostas obtidas pelo toque nas regiões do cérebro envolvidas na regulação da cognição social, podem ocorrer principalmente após o nascimento (Li et al., 2022).

Concluindo, o sistema de processamento do toque a nível cerebral desempenha um papel potencialmente importante na integração e sincronização da comunicação entre os hemisférios cerebrais, contribuindo para o desenvolvimento de funções hápticas, motoras e cognitivas. Curiosamente, os distúrbios do neurodesenvolvimento com função cognitiva e motora prejudicada, são caracterizados por conectividade inter-hemisférica reduzida (Li et al., 2022).

Com o desenrolar dos ensinamentos clínicos e com base na minha experiência profissional, senti necessidade de realizar pesquisas em evidência científica atualizada, demonstrando os efeitos cerebrais e comportamentais (neurodesenvolvimento) do toque precoce no RN, bem como benefícios a longo prazo.

Li et al. (2022) referem que após a pesquisa em diversos ensaios obtiveram efeitos benéficos da MI, tanto nas habilidades motoras finas e grossas, como no comportamento social e pessoal, no vínculo afetivo, no comportamento adaptativo e desenvolvimento psicomotor, no entanto, expressam que a pesquisa nesta área de intervenção ainda é pequena, necessitando uma maior análise.

Por outro lado, Van Puyvelde et al. (2019) narram que o toque suave realizado por um dos progenitores durante alguns minutos, têm efeitos positivos na estabilidade hemodinâmica em RN. Outro estudo demonstrou que o contacto pele-com-pele com o RN, promove um maior desenvolvimento social ao longo de um período de nove anos (Bigelow & Power, 2020).

Dando continuidade a alguns estudos sobre esta temática, observam-se evidências indiretas para a importância do toque afetivo durante o início da vida (nascimento), pois com os relatos analisados a indivíduos que viveram em ambientes institucionalizados mostram deficiências de integração cognitiva e visuomotora, em contra partida, se tivessem sido estimulados (toque afetivo) em RN/lactente, subsequentemente com melhores resultados a nível de desenvolvimento cognitivo e comportamental (Li et al., 2022).

Após esta detalhada fundamentação teórica sobre o toque e as suas manifestações neurocomportamentais, sinto que explanei o porquê de querer debater, ensinar, promover e implementar a MI como abordagem ao toque.

De realçar que, os cuidados neuroprotetores e desenvolvimentais, têm como principal objetivo minimizar o stress, prevenir a agitação psicomotora, conservar a energia, promover o crescimento e a recuperação do neonato, auxiliando nas capacidades de autorregulação e diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade neonatal (Tamez, 2017).

Como mencionei anteriormente, o cuidado centrado no neurodesenvolvimento e na família abrange o controlo dos estímulos externos, o posicionamento, o método canguru, o toque de contenção, a massagem ou a integração dos pais nas atividades de cuidados diárias e na tomada de decisão, não só em meio hospitalar, mas também a nível comunitário.

Face ao descrito anteriormente, e de forma a complementar o objetivo por mim delineado da implementação do projeto de MI, surge a necessidade de definir o conceito de massagem e toque terapêutico visto complementarem-se.

Segundo a OE (2013) a **massagem** consiste na estimulação cutânea com o propósito de aliviar a dor através do relaxamento e distração, para além de ativar mecanismos inibitórios da dor. Esta técnica encontra-se descrita dentro dos métodos físicos não farmacológicos, que permitem a diminuição da intensidade do estímulo doloroso.

Já o **toque terapêutico** é definido por ostentar uma poderosa estratégia de humanização, pois para além de aliviar e diminuir a dor, proporciona conforto, favorecendo o aumento dos laços afetivos e de vinculação entre a tríade bebé-mãe-pai (Ramada et al., 2013).

Durante toda a prática clínica decorrida no Centro de Saúde e dando resposta ao objetivo por mim traçado, implementei o curso de massagem infantil (apêndice B) seguindo as orientações da IAIM, composto por cinco sessões a um grupo de pais e respetivos lactentes, com faixa etária compreendida entre os zero e um ano.

O curso foi realizado maioritariamente às terças-feiras, com exceção do dia feriado. Teve a participação de cinco famílias e seus bebés, com idades compreendidas entre um e quatro meses de idade. O contacto realizado às cinco famílias, surgiu da partilha e troca de ideias entre as enfermeiras especialista em saúde infantil do módulo onde me encontrava a estagiar, sendo que três destas mães já tinham demonstrado interesse durante as consultas de seguimento em frequentar o curso e as restantes seleccionadas de forma aleatória.

De forma a englobar o objetivo delineado no campo de estágio “Proporcionar o *empowerment* das famílias para a aquisição de competências parentais adequadas” estruturei as cinco sessões de forma a transmitir a maior percentagem de conhecimentos sem sobrecarga, sempre atendendo e respeitando o bem-estar do bebé e respetiva família.

O meu foco primordial foi promover o toque nutritivo e a comunicação através do curso, do ensino e investigação para que os pais e/ou cuidadores e crianças sejam valorizados e respeitados nas diversas comunidades, desmistificar alguns conceitos e acima de tudo fazer entender aos pais a importância do toque saudável e uma vinculação afetiva.

De realçar que, no primeiro dia foi solicitado aos pais, o consentimento para a realização de captura fotográfica durante as sessões, tendo sido autorizado por todos. Informei os mesmos, que este curso estava a ser desenvolvido por mim, enquanto mestranda do Curso de Mestrado em EESIP, mas também para a aquisição do diploma de Instrutora creditada em IAIM, com o intuito de enriquecer o meu projeto final o *empowerment* parental sobre o toque no lactente.

Passo a descrever como estruturei as sessões, elaborei os folhetos e todo o material utilizado para dinamizar as mesmas. A minha missão era transmitir de forma clara, simples e concisa a informação, de modo a promover a partilha de ideias, experiências e conhecimentos, reforçando o meu papel de enfermeira como educadora nata na promoção da saúde e fundamentalmente ao nível da capacitação parental e literacia em saúde.

Com o decorrer das sessões, tanto as famílias como os lactentes demonstraram-se mais recetivos, tanto à dinâmica como em relação ao toque. Levantei assuntos pertinentes, constatei factos e concentrei a minha atenção em pequenos movimentos, olhares, reações que os pais transmitiam. De realçar que desde o início do curso de MI observei uma das mães, um pouco mais insegura, triste e expectante, tanto em relação ao toque como na ligação mãe-bebé. Com o diálogo entre o grupo, e individualmente após as sessões, concluí que um dos principais motivos para este comportamento, foi a dificuldade na implementação da amamentação e a falta de apoio durante o processo de adaptação a este novo papel.

Figueiredo et al. (2020) refere que é fundamental identificar as estratégias de *coping* que a família dispõe, visando compreender a coesão familiar e intervir na família como foco, visto que um ajustamento apropriado depende de um *coping* adequado.

Com base no supracitado, promovi a tranquilidade familiar, transmitindo um sentimento de esperança, ao fazê-los ver que possuem competências análogas ao encontrar mecanismos de ajustamento e estratégias para fazer face ao problema. De igual modo, é essencial a promoção um ambiente de confiança, por meio da relação terapêutica, com o intuito de que a família/mãe exprima os seus sentimentos sobre a problemática, descrevendo experiências anteriores e identificando as suas forças para lidar com os desafios.

Nesta sequência, o enfermeiro deve incentivar a família a escutar reciprocamente os sentimentos e preocupações de cada um dos seus elementos, habilitando-a a utilizar as suas próprias forças, apoios mútuos e recursos (Carvalho, 2012).

Logo, foi essencial durante o ensino clínico e implementação do projeto, incentivar e estimular a empatia e a humanização dos cuidados para que possamos atuar em situações de maior instabilidade emocional por parte das famílias (De Souza et al., 2021).

A minha função enquanto instrutora de MI e futura EEESIP, durante o curso de MI, foi escutar e apoiar, capacitando os pais com estratégias de *coping* e promovendo assim, uma adaptação progressiva neste novo desempenho de papel parental.

Importa realçar, enquanto EEESIP, a necessidade dos pais preservarem o equilíbrio entre dois sentimentos contraditórios, a angústia do incógnito (um mundo novo de descobertas) e a ligação da tríade. É essencial para atingirmos um resultado positivo e uma vinculação afetiva, a promoção da interação entre os pais e o RN/lactente e também, a interação entre os pais e a equipa de enfermagem, neste caso na comunidade.

Durante o percurso académico, nomeadamente na vertente prática, conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento dos RN, lactentes, crianças e adolescentes, aplicando e avaliando o desenvolvimento infantil através da escala de

*Growing-Skills II* com segurança, transmitindo ainda orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento.

Tive a oportunidade de observar e colaborar nas consultas de Enfermagem na maioria das idades pediátricas. Realço o caso de uma adolescente de dezassete anos que recorreu à consulta de enfermagem após o nascimento do seu filho. Este foi um caso particular, onde a minha atenção estava não apenas centrada no RN, mas também no apoio a esta adolescente que tinha acabado de passar por um processo de transição, tanto pessoal como familiar. Os ensinamentos realizados foram dirigidos a ambos, mãe e RN, enaltecendo o apoio multidisciplinar que esta poderia receber. Perante esta situação, foi agendada uma consulta ao domicílio que infelizmente, já não tive a oportunidade de acompanhar pelo término do ensino clínico.

Destaco que, a observação das consultas, tanto da enfermeira orientadora como de outras colegas especialistas, e posteriormente implementação das mesmas por mim, de forma independente, foram uma mais-valia, tornando-me mais competente e ambiciosa de modo a conseguir transmitir às crianças e família um maior conhecimento para potencializar o bem-estar e desenvolvimento infantil.

O envolvimento da família tornou-se crucial para o bom desenvolvimento da consulta de enfermagem, bem como, para acalmar ou embalar as crianças durante procedimentos dolorosos, e para a colheita de dados referentes a situações de maior complexidade, como o caso de uma criança com alterações significativas na escala de *Growing-Skills II* que aguarda referenciação para o CDC há cerca de seis meses. Constatei que quase sempre, temos de nos adaptar à realidade do presente e à disponibilidade que a criança oferece ou não. É importante saber interpretar os sinais, que por vezes são dúbios.

Uma das formas de potenciar o desenvolvimento infantil saudável foi através da promoção da vinculação entre pais-filho, e consequente consolidação do processo de parentalidade. Facultei e promovi a vinculação através da consolidação das capacidades parentais, do desenvolvimento social e psicológico bem como, do estabelecimento de um vínculo coeso, em diversas situações, mas fundamentalmente, durante a implementação do projeto de MI. Consegui avaliar o desenvolvimento da parentalidade e a promoção de estratégias para o desenvolvimento de comportamento interativo por parte do RN/lactente.

Foi possível aperfeiçoar novas formas de comunicar com as crianças e famílias, usando e demonstrando conhecimentos que tenho vindo a aprofundar sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança, atendendo à faixa etária e ao estadió de desenvolvimento. A título de exemplo, saliento as situações vividas na UCIPed, referida

anteriormente, e no CDC. Um lactente, de 18 meses, cuja interação era desafiante, pois os internamentos tinham sido recorrentes e o medo, aquando contactado pelo enfermeiro era muito. A família referiu que este gostava de animais, logo direcionei o meu discurso à volta dos animais exemplificando a ver se este compreendia. Por exemplo, o cão tem uma ferida como a tua, como é que vamos cuidar dela, será que posso fazer no cão para veres? Outro dos exemplos utilizados foi, o cão quer comer, como é que ele come (mostrando um garfo e um pente) de foram ao lactente identificar o objeto correto para realizar a tarefa. Foram estratégias adotadas para captar a atenção de modo que a criança conseguisse aceitar e tranquilizar-se durante o procedimento e avaliação da escala de *Growing-Skills II*, sem infringir possíveis medos ao nosso cuidar.

Outra oportunidade de desenvolvimento desta competência ocorreu na novamente na implementação da MI. Enquanto dinamizadora e facilitadora, foi possível criar momentos de discussão parental, cujo intuito era a partilha e a expressão de sentimentos, ideias, originando um tempo e espaço onde estas famílias se sentissem apoiadas e aceites, competentes e valorizadas, dando voz e oportunidade às mesmas de serem ouvidas e vistas como seres individualizados.

Por último, fui procurando continuamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de ganhos em saúde e na aquisição e avaliação de conhecimentos relativos à saúde e segurança, bem como, a utilização de estratégias promotoras de esperança realista.

Em suma e após reflexão crítica das competências específicas, considero que as atingi de forma exemplar. Tive a oportunidade de informar, esclarecer, empoderar e ensinar os pais a manter e promover uma vinculação forte e afetiva, e a confiarem nas suas decisões e não se deixarem afetar pelos comentários que a sociedade transmite. Observar os pais a pedir autorização à criança para a realização da massagem, a compreender e interpretar os sinais de aceitação e rejeição do toque, a saber como atuar nos casos de irritabilidade, choro e negação, foi de extrema importância e sentimento de missão cumprida, de que realmente o toque é vital para a sobrevivência humana.

Apesar deste projeto estar inserido nesta competência, considero que a implementação do mesmo permitiu desenvolver todas as competências acima descritas, até porque todas estão interligadas e potenciam-se mutuamente.

### **1.3. Competências de Mestre**

Com o desenrolar do desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEESIP e do alcance positivo dos objetivos gerais e específicos e, atendendo que para além do título de especialista nos é conferido o título de Mestre, importa mencionar que durante este percurso académico foram desenvolvidas essas competências.

As competências de mestre encontram-se descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018, no capítulo III artigo 15º, passo a citar: “Deter conhecimento e capacidade de compreensão, tendo em conta o desenvolvimento e suporte à investigação; Saber aplicar os conhecimentos e possuir capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em situações ampliadas e multidisciplinares, dentro da área de interesse; Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com assuntos complexos, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação escassa ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; Capaz de comunicar com clareza, aos titulares de especialidade ou não, as conclusões, saberes e respetivos raciocínios e Adquirir e aperfeiçoar competências que, ao longo do tempo, possibilitem um aprendizagem autónoma (p.4162)”.

Neste âmbito, a aquisição e consolidação de conhecimentos nas diversas áreas de intervenção do EEESIP foram uma mais-valia, uma vez que, possibilitaram a adequação da resposta perante novas situações, com diferentes graus de complexidade, suportadas num processo crítico-reflexivo. Concomitantemente, foi reforçada a capacidade de transmitir a tomada de decisão e de raciocínio clínico em diversas áreas do cuidar, de forma clara e fundamentada. Por fim, a consolidação de uma postura proativa imprescindível a um crescimento pessoal e profissional contínuo e à divulgação de novo conhecimento, visando sempre o caminho da excelência do cuidar. Assim, com a aquisição de conhecimentos através das formações explícitas no domínio da qualidade das competências comuns, a implementação do projeto da MI (apêndice B) inserido no ensino clínico de Saúde Infantil na Comunidade, considero terem sido fundamentais para atingir as competências acima mencionadas na sua plenitude, uma vez que, todos estes momentos verteram-se em aprendizagem e repartição de experiências.

Recordo ainda que a elaboração de dois estudos de caso, desenvolvidos em dois dos ensinamentos clínicos respetivamente. A metodologia adotada correspondente ao estudo de caso fundamentado com revisão narrativa da literatura, elegeu-se pela sua pertinência e complexidade, para a aplicação de um cuidado de enfermagem especializado que promove e facilita o processo de transição, indo de encontro às competências do EEESIP. Estes

estudos de caso tiveram como principal objetivo a aquisição de competências facilitadoras no processo de transição saúde-doença do lactente com doença aguda e família, à luz dos modelos de Meleis (2010) e Casey (1993). Fundamentamos na mais recente evidência científica, com análise e definição de focos específicos, formulação de diagnósticos, implementação de intervenções baseados na Ontologia de Enfermagem e na CIPE<sup>®</sup>, de forma a identificar as áreas que necessitam de intervenção e, avaliação dos resultados das mesmas. Estes estudos de caso foram posteriormente apresentados e discutidos com as enfermeiras e professoras orientadoras, bem como, com os colegas presentes no mesmo local de ensino clínico, indo de encontro a uma das competências de Mestre descritas anteriormente, onde nos remete para a importância da capacidade em comunicar conclusões e conhecimentos (Decreto-Lei n.º 65/2018). Basicamente, todas as experiências vividas ao longo do percurso académico contribuíram para o desenvolvimento de aptidões em lidar com situações complexas, bem como, refletir sobre as implicações que estes poderão ter em termos sociais ou éticos.

Em jeito de conclusão, sinto que todo este percurso se tornou mais enriquecedor com a realização do estudo de RIL, intitulado “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção do Toque Parental: Revisão Integrativa” (apêndice A). Considero que explorar e sistematizar as diferentes perspetivas associadas ao toque poderá contribuir para alargar o conhecimento dos enfermeiros e, por conseguinte, torná-los aptos a promover o *empowerment* parental para a utilização e adaptação destas medidas durante os primeiros meses de vida do filho, bem como, incorporar as abordagens ao toque nos cuidados especializados. Esta RIL foi submetida para publicação, numa revista indexada.

O processo da aquisição de competências de mestre estará pleno com a prova pública, momento esse apropriado para demonstrarmos que estas competências foram adquiridas e desenvolvidas. As competências mencionadas reportam-nos para a tomada de consciência de que o processo de aprendizagem que se iniciou não está concluído, e que no decorrer da atividade profissional como enfermeira especialista irei recorrer à pesquisa para de um modo eficiente e seguro desempenharmos intervenções diferenciadas e de excelência.

## **2. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

O presente capítulo contempla uma proposta de intervenção para a prática clínica, visando a promoção do toque parental tanto nos cuidados diferenciados, em concreto no serviço onde exerço funções, Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP), como nos cuidados de saúde primários e comunidade.

Pretendo fazer uma parceria de cuidados com outros colegas, atuando junto das famílias e lactentes, na promoção do toque parental, através de cursos de MI, no ensino e formação dos pais e famílias sobre diversas temáticas, desde o nascimento à adolescência, bem como, se possível apoiar no pós-parto no domicílio, atuando em parceria de cuidados com a família para atingirmos um papel parental efetivo.

A ideia principal é poder apoiar as famílias no novo papel parental a atingir uma vinculação efetiva, uma ligação entre a tríade mantida e harmoniosa. Transmitir aos pais a promoção do toque nutritivo pois, queremos um toque cheio de amor, a vinculação e a comunicação através de cursos, educação e investigação para que os pais e familiares valorizem o toque, o amor e o respeito pelas diversas comunidades que são mais presentes no nosso dia a dia. Irei transmitir aos pais, os sinais de aceitação e negação do bebé, os estádios comportamentais, sendo estes, influência direta no modo como o bebé reage às diferentes situações ou estímulos. Providenciar aos pais medidas facilitadoras para acalmar o bebé, através do toque de relaxamento e o toque de contenção, descrevendo e esclarecendo dúvidas e mitos sobre o choro do lactente, as suas possíveis razões físicas ou emocionais. Informar os pais de estratégias e intervenções sobre o neurodesenvolvimento, por exemplo, “tummy time”, materiais didáticos apropriados à idade. Ajudar estas famílias no processo de adaptação dos irmãos ao novo membro, através por exemplo da massagem, onde estes poderão ajudar e providenciar a mesma, sentindo-se úteis e em conexão com o bebé.

Deste modo, e concluída a informação descrita no capítulo anterior, e de forma a estar apta a ensinar e desmistificar alguns preconceitos e ideia referentes ao toque, senti necessidade de aprofundar o toque e as suas repercussões no neurodesenvolvimento. Uma das principais características da pele dos RN é a presença de lanugo, sendo esta desenvolvida entre as 17-26 semanas de gestação e promotora de sensibilidade ao toque afetivo por meio da ativação de fibras. Provavelmente, a estimulação rítmica do sistema de fibras devido ao movimento do líquido amniótico dilancia resultados calmantes, ideias nos fetos *in útero*,

o que explica a sua preferência por movimentos rítmicos de balanço após o nascimento (Li et al., 2022).

Estes autores mencionam que, os estímulos de toque discriminativo e afetivo tornam-se cada vez mais representados durante o desenvolvimento, mesmo nos níveis iniciais de processamento, sendo uma consequência de conexões inter-hemisféricas. Atendendo aos estudos analisados pelos autores supracitados, constatei que, há evidências crescentes da importância de estímulos táteis através de recetores cutâneos afetivos para o desenvolvimento particular do cérebro e do comportamento, sendo muitos dos seus efeitos facilitadores do fator de crescimento, da ocitocina e dos sistemas opioides.

Deste modo, a estimulação tátil durante as interações sociais, o contato pele-com-pele ou MI é considerada fundamental para a liberação de ocitocina. A síntese de ocitocina pode desempenhar então, um papel crucial na modulação das interações sociais, no vínculo e processamento afetivo (Li et al., 2022). No caso concreto da massagem, os autores supramencionados indicam que esta técnica facilita a liberação periférica de ocitocina, sendo registado aumento da atividade nas principais regiões cerebrais envolvidas no prazer, em concreto no córtex orbitofrontal - cognição social e sulco temporal superior - os aspetos do toque afetivo.

A MI é definida como um toque estruturado na pele, realizado em muitas culturas, e sendo visto como uma tradição que se origina após o nascimento. A realização desta varia na sua durabilidade, intensidade, extensão e envolvimento parental. A MI melhorou o bem-estar mental da mãe, reduzindo a ansiedade, a depressão pós-parto e o stress. O estudo enaltece também a posição do pai face à MI, demonstrando e relatando menor ansiedade e maior conhecimento perante os comportamentos do lactente (Mrljak et al., 2022).

Finalizando, é por toda a justificação acima descrita e patente na evidência científica, que pretendo implementar o projeto da MI o mais abrangente possível, a toda a comunidade, criando possíveis parcerias com as juntas de freguesia, casas do povo ou unidades de apoio à mãe jovem.

A possibilidade de poder atuar junto das famílias desde o nascimento, torna o nosso papel de EEESIP mais gratificante e valoriza a profissão. Para além deste sonho de criar uma parceria de apoio direto ao RN, criança, adolescente e família, a nível hospitalar apresentarei duas propostas de intervenção. A primeira através de um procedimento de implementação das abordagens do toque parental em RNPT e a segunda reiniciar o procedimento da MI ao RNPT iniciando-se nos RN presentes na sala de cuidados intermédias. Após a implementação desta fase, dar então continuidade na sala de cuidados intensivos. Como

ponto de partida, pretendo solicitar apoio e parceria com outra unidade hospitalar portuguesa, que implementou este programa com sucesso.

Como McClure (2017) afirma, o *bonding* é uma relação única entre duas pessoas, específica e que perdura no tempo. Este é um processo que se inicia *in útero* e permanece em crescimento após o nascimento, estando a tríade (bebé e pais) recetivos ao mútuo conhecimento e descoberta. É por esta definição que batalhamos diariamente para esclarecer os pais e famílias, desmistificado preconceitos sobre o toque, o colo, o abraço e o conforto. É o conhecer o lactente através das expressões faciais, do choro, da voz, das imitações e biorritmos, e do toque. Amar o outro com um simples tocar.

Continuar a dinamização da promoção do desenvolvimento infantil no cuidado específico dos RNPT de forma a tornar a UCINP/SMINP num ambiente menos adverso, com intervenções eficazes e promotoras de um desenvolvimento infantil de forma reduzir as experiências adversas e as suas vulnerabilidades é um dos grandes objetivos pessoais. A praxis da enfermagem encontra-se presente num vasto leque de atuação. Para além das intervenções de prevenção da doença e de promoção dos processos de readaptação à doença, o enfermeiro deve assumir um papel inovador e diligente no sentido de criar ocasiões de intervenção, formação e investigação no contexto dos determinantes da saúde e em diferentes divisões de ação estratégica (Loureiro et al., 2015).

Prosseguirei o meu desenvolvimento profissional através da formação contínua, para que possa prestar cuidados de qualidade e excelência, com conhecimento e competência de forma a responde às necessidades das crianças e suas famílias, tendo em vista, o curso de conselheira da amamentação e curso de formação de instrutores integrado no programa de massagem nas escolas, visando a população pediátrica dos quatro aos 12 anos, como prioritário. Após a concretização deste percurso académico, farei passar a mensagem de que o toque positivo é uma forma de comunicação entre as crianças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório permitiu-me uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso desenvolvido para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas de EEESIP e de Mestre, na vertente do *empowerment* parental sobre o toque no lactente. No decorrer deste trajeto académico, abracei as diversas oportunidades de aprendizagem, realizei pesquisas atendendo à mais recente evidência científica, fortaleci conhecimentos, aptidões, e usufruí de ocasiões impulsionadoras do conhecimento técnico-científico, encarando as limitações e complexidades do dia a dia, de forma a atingir os objetivos propostos.

A oportunidade de realizar os ensinamentos clínicos na área da saúde infantil e pediátrica, desde os cuidados de saúde primários aos cuidados diferenciados de alta especificidade, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional relativos às competências comuns e específicas do EEESIP, bem como, nortearam um caminho promotor ao desenvolvimento da temática de interesse. Na minha ótica, os locais de ensino clínico pelos quais optei por passar, as experiências vivenciadas, a ajuda e partilha de conhecimentos e saberes dos enfermeiros orientadores e restante equipa multidisciplinar, foram pilares insubstituíveis para atingir os objetivos propostos.

Os diversos estudos desenvolvidos ao longo dos anos, com o intuito de avaliar como o ambiente da UCIN afeta e desafia o desenvolvimento neuro-fisiológico, neuropsicológico, psico-emocional e psico-social do RN e RNPT, bem como, a vinculação entre a díade, com a orientação para estratégias de melhoria desde as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, investimento tecnológico, mas com especial atenção aos cuidados centrados na família, encorajando os pais à maior participação nos cuidados.

Os cuidados na UCIN não se cingem apenas à sobrevivência de RNPT, mas fundamentalmente, ao seu bem-estar e prosperidade. As experiências de vida que estes são sujeitos influenciam diretamente o desenvolvimento cerebral, podendo atuar como lesivas, ou como protetoras e neuroprotetoras (Levesque et al., 2021). De realçar que, os cuidados neuroprotetores e desenvolvimentais, têm como principal objetivo minimizar o stress, prevenir a agitação psicomotora, conservar a energia, promover o crescimento e a recuperação do RNPT, auxiliando nas capacidades de autorregulação e diminuição das taxas de mortalidade e de morbilidade neonatal (Tamez, 2017).

Foi através do ambiente observado nas UCIN que constatei que ocorre uma separação entre o lactente e os pais, um excesso de estímulos e frequência de procedimentos invasivos e dolorosos, provocando uma diferença assombrosa do esperado para o desenvolvimento normal do SNC, o que por sua vez, provoca mudanças significativas a nível cerebral. As rotinas destas unidades poderão conduzir a períodos prolongados de sono agitado, choro inconsolável, frequentes mudanças de posicionamento, ambiente ruidoso e luminoso, diminuição da interação social, incitando possíveis alterações desenvolvimentais (Santos, 2011; Beebe et al., 2018).

Deste modo, com a análise crítico-reflexiva desta temática e observação direta da população alvo, fui notando evidências indiretas para a importância do toque parental desde o nascimento. Esta constatações suscitou-me real interesse e fez-me questionar porque é que a promoção do toque parental ainda não está intrínseca ao cuidar num contexto tão particular como a UCIN.

Confrontando com a ideia de Tiffany Field, considera-se que o toque é uma temática de extrema importância a ser desenvolvido, analisado e propício ao crescimento das unidades, bem como, na vertente dos profissionais de saúde e dos pais. Como a autora afirma, está provado cientificamente que sem o toque, os seres humanos danificam as suas capacidades físicas e emocionais (Field, 2014). Neste contexto, vários estudos demonstram a influência que o ambiente social acarreta a nível cerebral do lactente. Daí se possa concluir que, a socialização através do envolvimento parental torna-se um fator de extrema importância na saúde dos mesmos, em especial o RNPT (Vittner et al., 2019; Givrad et al., 2020).

O interesse pela temática descrita, deu origem a um estudo de RIL que completou este percurso académico, tanto no desenvolvimento de competências específicas e de mestre do EEESIP, como no ganho obtido pela oportunidade de reflexão e de esclarecimento dos conceitos inerentes às abordagens ao toque existentes, resultantes da discussão dos resultados e conclusões obtidas no estudo. Com base na pesquisa realizada a população alvo encontra-se direcionada na sua grande maioria para os RNPT e RN, num contexto hospitalar.

A título de conclusão, e dando resposta à questão de investigação formulada, a literatura científica apresenta ao longo dos últimos anos um aumento da consciencialização para esta temática, focando-se como abordagens promotoras do toque parental a abordagem contacto pele-com-pele, a MI, o toque de contenção e o colo. Verificamos que ainda são necessários mais estudos direcionados para o contexto e população portuguesa, mas existe

evidência científica suficiente para sugerir e/ou promover protocolos diferenciados e visando esta temática nos contextos por nós delineados.

Perante o relatório que me propus realizar, e após refletir sobre as experiências vivenciadas e complementá-las com fundamentação teórica, sinto que consegui atingir os objetivos que me propus, e concluído este processo formativo, sinto que adquiri um conjunto de conhecimentos e competências que garantem uma abordagem holística e uma prática sustentada no modelo concetual centralizado no binómio criança e família, bem como, no neurodesenvolvimento, com o desígnio de cuidar em qualquer contexto, promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 422/2018).

Ao longo deste caminho por vezes sinuoso, sublinho a gestão de tempo como um dos obstáculos que dificultou este processo, pois conciliar as componentes teóricas e clínicas com a atividade profissional e pessoal, não foi de todo fácil. Outras dificuldades foram sentidas na realização do estudo de RIL, uma vez que, é um processo longo e que deveria ter sido iniciado logo no início da componente teórica, no entanto, com dedicação e perseverança tudo se tornou possível.

Em síntese, finalizo este relatório e percurso académico com a convicção profunda de que foi um contributo essencial à minha formação e se traduzirá numa mais-valia a nível pessoal e profissional, sentindo-me feliz por ter vivenciado experiências tão ricas e interessantes que culminaram num olhar especializado para o bem-estar da criança, jovem e família, e para a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, S., Fuertes, M., & Moreira, J. (2021). Um olhar sobre a grande prematuridade: a investigação com bebés nascidos com menos de 32 semanas de gestação. In *Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa eBooks* (pp. 25-48). <https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.115>
- Aranha, P. R., Sams, L. M., & Saldanha, P. (2018). Impact of multimodal preoperative preparation program on parental anxiety. *Internacional Archives of Health Sciences*, 5(1), 6. [https://doi.org/10.4103/iahs.iahs\\_24\\_17](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_24_17)
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2018). Parental empowerment in Pediatric healthcare settings: A systematic review of observational studies. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 12(2), 199-212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Associação Portuguesa de Massagem Infantil. (2022). *Benefícios do programa da IAIM*. <https://apmi.org.pt/massage-o-seu-bebe/beneficios/>
- Beebe, B., Myers, M., Lee, S. H., Lange, A. E., Ewing, J., Rubinchik, N., Andrews, H., Austin, J., Hane, A. A., Margolis, A. E., Hofer, M. A., Ludwig, R. J., & Welch, M. G. (2018). Family nurture intervention for preterm infants facilitates positive mother-infant face-to-face engagement at 4 months. *Developmental Psychology*, 54(11), 2016-2031. <https://doi.org/10.1037/dev0000557>
- Bigelow, A. E., & Power, M. (2020). Mother-infant skin-to-skin contact: Short-and long-term effects for mothers and their children born full-term. *Frontiers in Physiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921>
- Campbell-Yeo, M., Dol, J., Disher, T., Benoit, B., Chambers, C. T., Sheffield, K., Boates, T., Harrison, D., Hewitt, B., Jangaard, K., Stinson, J., Taddio, A., Parker, J. A., & Caddle, K. (2017). The power of a parent's touch. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(4), 341-349. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000263>

- Carvalho, J. C. S. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 52-57. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0071>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In Glasper, E., & Tucker, A. (Eds.). *Advances in Child Health Nursing*. Scutari Press.
- Ceylan, S. S., & Bolışık, B. (2018). Effects of swaddled and sponge bathing methods on signs of stress and pain in premature newborns: Implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(4), 296-303. <http://doi.org/10.1111/wvn.12299>
- Clark, A. P., & Taxis, J. C. (2003). Developing ethical competence in nursing personnel. *Clinical Nurse Specialist*, 17(5), 236-237. <http://doi.org/10.1097/00002800-200309000-00005>
- Coughlin, M. (2016). *Trauma informed care in the NICU: evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company.
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176-179. [https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf\\_077\\_eur.pdf](https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf)
- Da Cunha Batalha, L. M., & Sousa, A. F. D. (2018). Self-report of pain intensity: correlation between children, parents, and nurses. *Revista De Enfermagem Referência, IV Série*(17), 15–22. <https://doi.org/10.12707/riv18002>
- Da Silva Knihs, N., Feisther, L. C., Santos, J. D., Da Silva, R. M., Paim, S. M. S., Schirmer, J., Pessoa, J. L. E., & Bellaguarda, M. L. D. R. (2022). Comunicação da morte encefálica junto aos pais de crianças e adolescentes: Estratégias de cuidados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0943pt>

- Da Silva, G. T. R., Varanda, P. A. G., Santos, N. V. C. D., Da Silva, N. S. B., Salles, R. S., Amestoy, S. C., Da Silva Teixeira, G. A., & Queirós, P. J. P. (2022). Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0070>
- Danno, C. H., Esteves, L. S. F., & Bohomol, E. (2021). Quality improvement programs and the professional nursing practice environment: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>
- De Sousa, C. S., Da Costa Barreto, B., Santana, G. A. S., Miguel, J. V. F., De Souza Braz, L., Lima, L. N., & Melo, M. C. (2021). O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 21(2), 173-180. <https://doi.org/10.31508/1676-379320210024>
- De Souza, B., De Melo, M. G., Neto, J. H. B., Bastos, T. R. S., Mejía, J. V. C., De Melo Brandão, B. M. G., & Da Silva Abrão, F. M. (2021). Emoções e sentimentos de mães na hospitalização de seus recém-nascidos. *Research, Society and Development*, 10(3), e45910313600. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13600>
- Decreto-Lei n.º 218/2009. **Diário da República** I Série. 193 (06-10-2009) 7298 - 7301. [Consult. 27 ago. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4162 - 4165. [Consult. 17 set. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015) 13550-13553.  
[Consult. 11 set. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>>

Dias, J. A. A., David, H. M. S. L., Rodrigues, B. M. R. D., Peres, P. L. P., De Araújo Pacheco, S. T., & De Oliveira, M. S. (2017). A moral e o pensamento crítico: competências essenciais à formação do enfermeiro [Morality and critical thinking: essential competences in nurses' training] [La moral y el pensamiento crítico: habilidades esenciales a la formación del enfermero]. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(0).  
<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26391>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Circular Normativa N° 09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.** 2003. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral da Saúde. (2023). Certificação em saúde: Acesso à plataforma informática @acredita. Author. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/unidades-de-saude-acreditadas.aspx>

Diretiva 2005/36/CE. **Jornal Oficial da União Europeia.** 255 (30-09-2005) 22-142. [Consult. 10 ago. 2023]. Disponível em WWW:  
<[https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/directiva36\\_2005.pdf](https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/directiva36_2005.pdf)>

Edmond, L., Bahl, R., & Organization, W.H. (2006). *Optimal feeding of low-birth-weight infants: Technical review.*  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43602/9789241595094\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43602/9789241595094_eng.pdf?sequence=1)

European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2021). *Infant and family centred developmental care - EFCNI.* <https://www.efcni.org/health-topics/in-hospital/developmental-care/>

- Fialho, F. A., Dias, I. M. Á. V., Arreguy-Sena, C., & Da Silva Alves, M. (2014). Instrumentos para o processo de enfermagem do neonato pré-termo à luz da teoria de Dorothy Johnson. *Revista Cuidarte*, 5(1), 652-660. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.103>
- Field, T. (2014). *Touch* (2<sup>nd</sup> ed.). MIT Press.
- Figueiredo, M. H., Gonçalves, E., Marques, E., Vitor, C., Murteiro, A., Lebreiro, M., & Rego, R. (2020). Estratégias de coping na família da pessoa portadora de esclerose múltipla. *Suplemento digital Revista ROL Enfermeria*, 43(1), 124-128. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31405/1/124-128.pdf>
- Formiga, C. K. M. R., Vieira, M. E. B., & Linhares, M. B. M. (2015). Avaliação do desenvolvimento de bebés nascidos pré-termo: A comparação entre idades cronológica e corrigida. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 230-236. <https://doi.org/10.7322/jhgd.103020>
- Givrad, S., Downton, L. L., Scala, M., & Hall, S. (2020). Recognizing and mitigating infant distress in neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal Nursing*, 27(1), 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.09.009>
- Hower, K. I., Vennedey, V., Hillen, H. A., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., Pförtner, T., Scholl, I., & Ansmann, L. (2020). Is organizational communication climate a precondition for patient-centered care? Insights from a key informant survey of various health and social care organizations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8074. <http://doi.org/10.3390/ijerph17218074>
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)

Instituto de Apoio à Criança. (2020). *Convenção sobre os direitos da criança*.  
[https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/11/Convencao\\_sobre\\_os\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/11/Convencao_sobre_os_direitos_da_crianca.pdf)

Knighton, A. J., & Bass, E. J. (2021). Implementing family-centered rounds in hospital pediatric settings: A scoping review. *Hospital Pediatrics*, 11(7), 679-691.  
<https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-004614>

Kübler-Ross, E. (1996). Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes (7ªed.). Martins Fontes. (translated from On death and dying, 1926, São Paulo: Martins Fontes)  
[https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod\\_resource/content/1/Texto%20base.pdf](https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Texto%20base.pdf)

Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059 - 8105. [Consult. 19 jul. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>>

Levesque, V., Johnson, K., McKenzie, A., Nykipilo, A., Taylor, B. L., & Joynt, C. (2021). Implementing a skin-to-skin care and parent touch initiative in a tertiary cardiac and surgical neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 21(2), E24-E34.  
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000770>

Levy, J. H., Staudinger, T., & Steiner, M. (2022). How to manage anticoagulation during extracorporeal membrane oxygenation. *Intensive Care Medicine*, 48(8), 1076-1079. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06723-z>

Li, Q., Zhao, W., & Kendrick, K. M. (2022). Affective touch in the context of development, oxytocin signaling, and autism. *Frontiers in Psychology*, 13.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.967791>

- Loureiro, C., Santos, M. R., & Ferreira, M. M. F. (2015). Conceção do programa de intervenção em enfermagem: Melhorar competências com os outros [Special issue]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 27-32. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0005>
- Loureiro, F., Antunes, A. V., & Charepe, Z. B. (2021). Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: Scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545>
- McClure, V. (2017). *Infant Massage: A handbook for loving parents* (4<sup>th</sup>ed.). Bantam Books.
- Meireles, D., Abecasis, F., Boto, L., Camilo, C., Abecasis, M., Neves, J. P., Soares, Z.C., & Vieira, M. (2021). Extracorporeal membrane oxygenation: the first 10 years experience of a Portuguese pediatric intensive care unit. *Acta Médica Portuguesa*, 34(6), 435-441. <https://doi.org/10.20344/amp.15227>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mrljak, R., Danielsson, A. A., Hedov, G., & Garmy, P. (2022). Effects of infant massage: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6378. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116378>
- Nunes, L. (2013). *Competências morais dos profissionais de enfermagem: “Cinco estrelas” revistas*. In VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal, Leiria.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*, 2. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Parecer N° 16/2019: Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, para desenvolver projetos de massagem infantil*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11621/parecer-mceesip-n%C2%BA-16\\_2019\\_anonimizado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11621/parecer-mceesip-n%C2%BA-16_2019_anonimizado.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Parecer N° 19/2019: Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1culo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>

Pereira, D. G. (2017). *A satisfação dos enfermeiros com a Comunicação Organizacional em contexto hospitalar* (Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20967/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20A%20satisfa%c3%a7%c3%a3o%20dos%20enfermeiros%20com%20a%20Co>

[munica%20a7%20a3o%20Organizacional%20em%20contexto%20hospitalar%20c%20Enfermeira%20Diana%20Gomes%20~1.pdf](#)

Pineda, R., Wallendorf, M., & Smith, J. (2020). A pilot study demonstrating the impact of the supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE) program on the mother and infant. *Early Human Development*, 144, 105000. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105000>

Pontes, A. F., De Castro Barros, N. H., Rodrigues, N. A., De Melo Albuquerque, M. L., De Oliveira Cabral, M. G., De Lucena, M. C. I., De Sousa Duda Júnior, L. G., Da Paixão, T. B. L., Araújo, S. L., & De Andrade, Â. R. L. (2022). O impacto da hospitalização na criança e família. *Research, Society and Development*, 11(12), e111111234161. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z. B., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado: revisão scoping. *Enfermería Global*, 21(2), 594-637. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>

Ramada, N. C. O., De Amorim Almeida, F., & Da Rocha Cunha, M. L. (2013). Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. *Einstein (São Paulo)*, 11(4), 421-425. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400003>

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. D. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem*. Lidel.

Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *SERVIR*, 59, 68-75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>

Regulamento n.º 101/2015. **Diário da República** II Série. 48 (10-03-2015) 5948- 5952. [Consult. 05 set. 2023]. Disponível em WWW:

<[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)>

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744- 4750.  
[Consult. 14 jun. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>

Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660- 16665.  
[Consult. 06 set. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>>

Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) 19192- 19194.  
[Consult. 16 ago. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>>

Regulamento n.º 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128 - 155.  
[Consult. 06 set. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>>

Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478 - 3487.  
[Consult. 05 set. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/01/021000000/0347803487.pdf>>

Ribeiro, O. M. P. L., Da Silva Martins, M. M. F. P., & Tronchin, D. M. R. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Rodrigues, J. I. B., Caires, S., & Marques, G. (2020). Preocupação e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde e Sociedade*, 29(2), 1-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395>

- Rudhiati, F., & Murtiningsih, M. (2022). Effects of swaddle bath on temperature, heart rate and oxygen saturation in premature infants. *KnE Life Sciences*, 7(2), 852-862. <http://doi.org/10.18502/kls.v7i2.10386>
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2016). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (49), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Santos, J. (2023). Advanced nursing: remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar em Enfermagem*, 27(1), 84-91. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>
- Silva, A. S., De Aquino, M. D. S. T., De Melo, W. S., Mariano, S. P. S., & Monteiro, F. P. M. (2022). Risco para o desenvolvimento do lactente atrasado: Estudo de conceitos. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(38). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1348>
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2023). *Critérios de elegibilidade*. <https://snipi.gov.pt/apresentacao/criterios-de-elegibilidade#no-back>
- Tamez, R. N. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco*. (6ªed.). Guanabara Koogan.
- Thompson, I. E., Melia, K. M., & Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem* (4ªed.). Lusociência.
- Van Puyvelde, M., Collete, L., Gorissen, A., Pattyn, N., & McGlone, F. (2019). Infants autonomic cardio-respiratory responses to nurturing stroking touch delivered by the

mother or the father. *Frontiers in Physiology*, 10.  
<https://doi.org/10.3389/fphys.2019.01117>

Veloso, D. (2018). *Conhecimento sobre cultura de segurança do paciente e implementação de medidas para a sua melhoria em uma unidade de saúde de São Luís* (Trabalho de projeto do Mestrado em Educação para a Saúde para obtenção de grau de Mestre). Escola Superior de Educação de Coimbra e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25477/1/TeseMestradoDanyellenVelo so.pdf>

Vittner, D., Butler, S., Smith, K., Makris, N. M., Brownell, E. A., Samra, H. A., & McGrath, J. M. (2019). Parent engagement correlates with parent and preterm infant oxytocin release during skin-to-skin contact. *Advances in Neonatal Care*, 19(1), 73-79.  
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000558>

Warren, I. (2015). *Conceitos e Ferramentas Básicas para os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na Família: nível 1*. FINE Partnership.

Welch, M. G., Hofer, M. A., Stark, R. I., Andrews, H., Austin, J., Glickstein, S. B., Ludwig, R. J., & Myers, M. (2013). Randomized controlled trial of family nurture intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety. *BioMed Central Pediatrics*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-148>

World Health Organization. (2023). *To grow up healthy, children need to sit less and play more: New WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. <https://www.who.int/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

Zanon, B. P., Cremonese, L., Ribeiro, A. C., De Mello Padoin, S. M., & De Paula, C. C. (2020). Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl. 4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0059>

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção do Toque Parental: Revisão Integrativa**

#### ***Intervention of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing in the Promotion of Parental Touch: Integrative Review***

A. L. Figueira<sup>1,2</sup>, M. L. Oliveira<sup>3</sup>, N. Souto<sup>4</sup>

- 1- Mestranda do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e Escola Superior Saúde Santa Maria;
  - 2- Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça; [analuisasfigueira@gmail.com](mailto:analuisasfigueira@gmail.com);
  - 3- Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; [oliveiramariadelourdes@gmail.com](mailto:oliveiramariadelourdes@gmail.com);
  - 4- Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; [nsouto@esesjcluny.pt](mailto:nsouto@esesjcluny.pt)
- 

#### **RESUMO**

**Introdução:** O toque é intrínseco ao neurodesenvolvimento do lactente, sendo fundamental investir na promoção do *empowerment* dos pais neste domínio. **Objetivo:** Identificar na literatura científica abordagens promotoras do toque parental em lactentes, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica poderá implementar nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa realizou-se na plataforma EBSCOhost em seis bases de dados, em junho de 2023, com recorte temporal 2013- 2023, em português, inglês e espanhol. **Resultados:** A análise dos 14 artigos permitiu identificar oito abordagens promotoras do toque parental: Método Canguru, Contacto Pele-com-Pele, Massagem Infantil, Toque, Colo, Family Nurture Intervention, Multimodal Neonatal Bundle, e Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences. **Conclusão:** Foram identificadas oito abordagens promotoras do toque parental, na sua maioria unimodais, e um crescente interesse em investigar as abordagens multimodais. Todas as abordagens são consideradas clinicamente seguras e poderão ser implementadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

**Palavras-Chave:** Recém-nascido prematuro; Lactente; Toque; Pais; *Empowerment*.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Touch is intrinsic to the neurodevelopment of infants, and it is essential to invest in promoting parental empowerment in this area. **Objective:** To identify in the scientific literature approaches that promote parental touch in infants, which the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health can implement in the contexts of primary and differentiated health care. **Methodology:** This is an integrative review of the literature. The research was carried out on the EBSCOhost platform in six databases, in June 2023, with a time frame of 2013-2023, in Portuguese, English and Spanish. **Results:** The analysis of the 14 articles allowed us to identify eight approaches that promote parental touch: Kangaroo Care, Skin-to-Skin Contact, Infant Massage, Touch, Lap, Family Nurture Intervention, Multimodal Neonatal Bundle, and Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences. **Conclusion:** Eight approaches promoting parental touch were identified, most of them unimodal, and there is a growing interest in investigating multimodal approaches. All approaches are considered clinically safe and can be implemented by the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health.

**Keywords:** Premature Infant; Infant; Touch; Parents; Empowerment.

## **INTRODUÇÃO**

O toque representa um dos sentidos mais imponentes ao longo do ciclo vital (Li et al., 2022), sendo o primeiro a desenvolver-se *in útero* (Dell'Acqua et al., 1998). É considerado uma necessidade essencial ao pleno desenvolvimento humano, na regulação do sistema nervoso e uma das mais importantes formas de comunicação (não verbal), podendo ser transmissor de mensagens positivas e negativas, dependendo do local, do modo e do momento em que ocorre (Dell'Acqua et al., 1998). Desempenha um papel fundamental na comunicação de emoções, regulação dos afetos e no conforto. A forma como é percebido difere consoante a cultura, a educação e as experiências e tipos de estímulos táteis ocorridos durante a primeira infância (Li et al., 2022). Assim, o mesmo padrão de toque pode ser interpretado como sendo mais ou menos agradável, dependendo de quem está a tocar. Em termos hormonais, o toque reduz os níveis de cortisol, aumenta a produção de dopamina, de serotonina e de ocitocina (Field, 2001).

Um corpo consistente de evidência científica, salienta os benefícios do toque para os lactentes e suas famílias. Nomeadamente na vinculação, no crescimento e no neurodesenvolvimento, no alívio da dor, no aumento do conforto, na promoção do comportamento infantil, bem como, na estabilização hemodinâmica e no ganho ponderal do lactente. Nos pais, salienta-se o fortalecimento da qualidade da relação com o filho e a redução dos efeitos associados à depressão pós-parto (Barnes & Adamson-Macedo, 2022). Neste sentido, uma adequada estimulação tátil permitirá a modelação de fatores de stress/trauma, com contributos para o adequado crescimento e neurodesenvolvimento do lactente (Fatollahzade et al., 2020; Barnes & Adamson-Macedo, 2022).

O toque é um conceito intrínseco à Enfermagem, essencial à relação estabelecida com a pessoa cuidada. A promoção toque desde o nascimento enquadra-se nas competências específicas do EEESIP e tem sido alvo de investimento no apoio à parentalidade cuidada. Assim, é fundamental que os enfermeiros estejam conscientes dos seus efeitos e benefícios, considerando-o uma intervenção de Enfermagem (Bijari et al., 2012). Apesar dos seus benefícios serem amplamente reconhecidos, deparamo-nos, na literatura científica, com uma multiplicidade de terminologias e de abordagens relacionadas com o toque no lactente sendo, alguns termos utilizados indiscriminadamente. Nomeadamente, o Toque Terapêutico (Ramada et al., 2013; Ramos et al., 2016; Fatollahzade et al., 2020), o *Positive Touch* (Bond, 2002), *Gentle Human Touch* (GHT), o toque de conforto (Fatollahzade et al., 2020), o toque nutritivo na perspetiva de McClure (2017) e o *healing touch* ou toque de cura (Eschiri, 2007). A multiplicidade de abordagens ao toque, as suas características distintas e o modo como se interrelacionam, poderão influenciar uma tomada de decisão informada pelo EEESIP e, consequentemente, comprometer tanto a adequação do toque a cada situação, bem como, o *empowerment* parental neste domínio.

Consideramos que ao explorar e sistematizar as diferentes perspetivas associadas ao toque poderemos contribuir para a consolidação do conhecimento dos enfermeiros sobre esta temática e incorporação na sua prática clínica, nomeadamente na promoção do *empowerment* parental sobre o toque ao filho.

Alicerçados em tais pressupostos, formulamos a questão: **Qual a produção científica sobre abordagens promotoras do toque parental em lactentes, em contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados?** Considerando a questão enunciada, foi estabelecido como objetivo, identificar na literatura científica abordagens promotoras do toque parental em lactentes, que o EEESIP poderá implementar nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

Foi realizado um estudo de revisão integrativa da literatura (RIL) com o intuito de contribuir para o aprofundamento e síntese do conhecimento relativo ao tema inquirido. Este tipo de estudo permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais e dados da literatura teórica e empírica (De Souza et al., 2010).

Esta revisão desenvolveu-se nas seguintes etapas, preconizadas por De Souza et al. (2010): identificação do tema e enunciação da questão de investigação; determinação dos métodos de seleção do estudo (inclusão e exclusão); extração de dados dos estudos selecionados; análise e avaliação dos estudos; e interpretação e apresentação dos resultados. A questão de revisão foi: Qual a produção científica sobre abordagens promotoras do toque parental em lactentes, em contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados?

Na formulação desta questão utilizou-se a estratégia PICO: População: pais com latentes até 24 meses; Intervenção: terapias do toque; Contexto: cuidados de saúde primários e diferenciados. Para efeitos desta revisão foram considerados todos os tipos de toque, à exceção do toque energético.

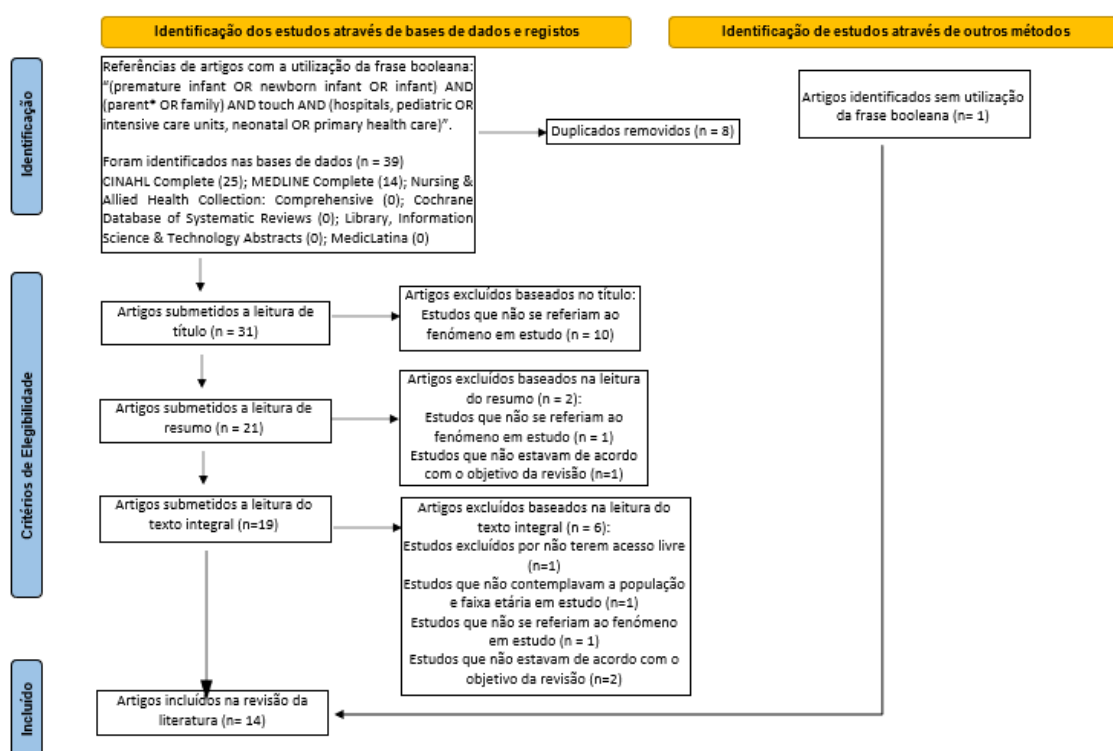
A colheita de dados ocorreu no mês de junho de 2023, através da plataforma EBSCOhost nas bases de dados: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*. Na pesquisa, foram utilizados termos e descritores, combinados entre si por meio dos operadores booleanos, do que resultou a frase booleana: (premature infant OR newborn infant OR infant) AND (parent\* OR family) AND touch AND (hospitals, pediatric OR intensive care units, neonatal OR primary health care). Elucidaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2013-2023; nos idiomas português, inglês e espanhol; e que abordassem os seguintes tópicos: latentes 0-24 meses (incluindo pré-termo e termo); pais; terapias do toque e contextos de saúde primários e diferenciados. Como critérios de exclusão foram considerados os artigos relativos ao toque energético, que abordem toda a faixa etária pediátrica, com exceção dos lactentes e artigos que não contemplem o objetivo do estudo.

A pesquisa inicial nas bases de dados supracitadas identificou 39 artigos, que foram geridos a partir de um programa informático. Removidos os duplicados, foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e, posteriormente dos resumos, por dois revisores independentes. De seguida, os revisores passaram à leitura integral dos artigos selecionados do que resultou, por consenso, a inclusão de 14 artigos, conforme explanado no fluxograma PRISMA (Figura 1). De modo a sistematizar a informação dos artigos selecionados e

facilitar a identificação das abordagens ao toque existentes, agrupamos os dados extraídos, de forma descritiva, numa tabela.

O processo de seleção, extração e sinopse do saber foi efetuado por dois revisores independentes, sendo direcionada segundo os padrões éticos de rigor e integridade, desde a planificação até à composição final e a disseminação dos resultados.

**Figura 1 - Fluxograma PRISMA**



## RESULTADOS

Atendendo aos 14 artigos selecionados, constatamos que dez (71.43%) foram realizados nos Estados Unidos da América (EUA), dois (14,29%) no Canadá, um (7,14%) no Líbano e na Suécia (7,14%). No que concerne ao ano de publicação, constatamos uma maior incidência no ano 2020 (4 artigos), seguido de 2019 (3 artigos), sendo que entre 2013 a 2019, e em 2022, correspondeu a uma publicação por ano. Todos os artigos foram publicados no idioma inglês (Figura 2).

**Figura 2 – Identificação da amostra para a revisão integrativa**

| ID | Autores             | Ano  | País   | Título do Artigo                                                                                                                                         |
|----|---------------------|------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Welch et al.        | 2013 | EUA    | Randomized controlled trial of Family Nurture Intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety.                           |
| 2  | Herrington & Chiodo | 2014 | EUA    | Human touch effectively and safely reduces pain in the newborn intensive care unit.                                                                      |
| 3  | Santos et al.       | 2015 | EUA    | Impact of hospital-based environment exposures on neurodevelopmental outcomes of preterm infants.                                                        |
| 4  | Campbell-Yeo et al. | 2017 | Canadá | The power of a parent's touch: Evaluation of reach and impact of a targeted evidence-based YouTube video.                                                |
| 5  | Beebe et al.        | 2018 | EUA    | Family nurture intervention for preterm infants facilitates positive mother-infant face-to-face engagement at four months.                               |
| 6  | Vittner et al.      | 2019 | EUA    | Parent engagement correlates with parent and preterm infant oxytocin release during skin-to-skin.                                                        |
| 7  | Browne et al.       | 2020 | EUA    | Executive summary: standards, competencies, and recommended best practices for infant-and family-centered developmental care in the intensive care unit. |
| 8  | Givrad et al.       | 2020 | EUA    | Recognizing and mitigating infant distress in neonatal intensive care unit (NICU).                                                                       |
| 9  | Pados & Hess        | 2020 | EUA    | Systematic review of the effects of skin-to-skin care on short-term physiologic stress outcomes in preterm infants in the neonatal intensive care unit.  |
| 10 | Pineda et al.       | 2020 | EUA    | A pilot study demonstrating the impact of the supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE) program on the mother and infant.                |
| 11 | Abdallah et al.     | 2021 | Líbano | Perceptions and attitudes of parents and healthcare professionals about the option of using infant massage in neonatal intensive care units.             |
| 12 | Letzkus et al.      | 2021 | EUA    | A maternal-administered multimodal neonatal bundle in hospitalized very preterm infants.                                                                 |

|    |                 |      |        |                                                                                                                               |
|----|-----------------|------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | Levesque et al. | 2021 | Canadá | Implementing a skin-to-skin care and parent touch initiative in a tertiary cardiac and surgical neonatal intensive care unit. |
| 14 | Mrljak et al.   | 2022 | Suécia | Effects of infant massage: A systematic review.                                                                               |

No que respeita ao tipo de estudo dos artigos, apuramos que a sua maioria consistia em estudos de revisão sistemática da literatura (3), seguido por estudos randomizados e controlados, estudos de revisão narrativa, com dois artigos respetivamente, e um estudo de viabilidade, um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, um estudo piloto-exploratório, um estudo quase-experimental, um estudo exploratório com abordagem qualitativa, um estudo piloto e um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Com o desenrolar da análise efetuada aos artigos selecionados, destacamos como relevantes oito abordagens promotoras do toque parental: Método Canguru, Contacto Pele-com-Pele, Massagem Infantil (MI), Toque, Colo, *Family Nurture Intervention* (FNI), *Multimodal Neonatal Bundle* e *Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences* (SENSE) (Figura 3).

**Figura 3** – Sumarização da informação obtida dos artigos que constituem a amostra da revisão integrativa

| ID | Autores             | Tipo de estudo                  | Objetivos                                                       | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                           | Abordagem ao toque                                               |
|----|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1  | Welch et al.        | Estudo randomizado e controlado | Avaliar a implementação do FNI em UN.                           | A implementação do FNI em UN, quando comparada aos cuidados padrão, é segura e viável, sendo compatível com os restantes cuidados. Não revelou impacto significativo no tempo de permanência na UN e não acarretou riscos relacionados com a condição clínica do RN. | FNI inclui: Contacto Pele-com-pele; MI; Toque de contenção; Colo |
| 2  | Herrington & Chiodo | Estudo de viabilidade           | Avaliar a eficácia do GHT, enquanto medida não farmacológica de | O GHT revelou ser mais eficaz em termos de estabilidade hemodinâmica e                                                                                                                                                                                               |                                                                  |

|   |                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                           |
|---|---------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|   |                     |                                                  | controle da dor, na diminuição da dor decorrente da punção no calcâneo em Recém-nascidos pré-termo (RNPT) em UN.                                                                                                                                                                                  | de tempo de choro durante a punção do calcâneo quando comparada com o posicionamento do RN em lateral, envolvido numa coberta, sem toque humano direto.                                                                                                                     | Gentle Human Touch - GHT                                                  |
| 3 | Santos et al.       | Estudo de Revisão narrativa                      | Sintetizar evidências que interliguem as exposições ambientais de uma UN aos resultados neurodesenvolvimentais das RNPT.                                                                                                                                                                          | Enaltece a necessidade de investir em intervenções, como a massagem, o contacto pele-com-pele e o toque de contenção, para melhorar os resultados em saúde dos RN em UN.                                                                                                    | Método Canguru;<br>Contacto Pele-com-Pele;<br>Colo;<br>Toque;<br>Massagem |
| 4 | Campbell-Yeo et al. | Estudo, com abordagem quantitativa e qualitativa | Avaliar o alcance do vídeo no Youtube, aumentando o conhecimento e a consciencialização dos pais sobre estratégias baseadas na evidência para a redução da dor nos RN. E avaliar a potencial influência e impacto em futuras abordagens de controlo da dor para os pais e profissionais de saúde. | A disponibilização do vídeo <i>The Power of a Parent's Touch</i> no YouTube permitiu disseminar os benefícios do contacto pele-com-pele e/ou a amamentação na redução da dor e revelou resultados positivos na confiança e motivação dos pais para realizar estas técnicas. | Contacto Pele-com-Pele                                                    |
| 5 | Beebe et al.        | Estudo randomizado e controlado                  | Especificar os padrões de auto-contingência e interativos entre os RN e mães durante a comunicação frente-a-frente gravada aos 4 meses de idade corrigida.                                                                                                                                        | Quando comparado com os cuidados padrão, o FNI, evidenciou resultados positivos no estabelecimento de uma conexão emocional mãe/crianças, com toques mais frequentes e com padrões mais calmos.                                                                             | FNI;<br>Contacto Pele-com-Pele/Método Canguru;<br>Toque conforto          |

|    |                |                                   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                   |                                               |
|----|----------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 6  | Vittner et al. | Estudo piloto, exploratório       | Examinar as conexões existentes entre o envolvimento dos pais e os níveis de oxitocina e cortisol salivar sujeitos à intervenção contacto pele-com-pele. | O contacto pele-com-pele aumentou a libertação de oxitocina endógena e diminuição do cortisol nos pais e RN na UN promovendo a redução dos níveis de stress e com o potencial de aumentar o envolvimento pais-RN. | Contacto Pele-com-Pele                        |
| 7  | Browne et al.  | Revisão sistemática da literatura | Desenvolver uma declaração de consenso baseada em evidências em apoio aos cuidados de desenvolvimento centrados no RN e família.                         | Foi elaborado um documento de padrões de qualidade, competências e recomendações de boas práticas para UN, RN e família.                                                                                          | Toque: GHT; Contacto Pele-com-Pele            |
| 8  | Givrad et al.  | Estudo de revisão narrativa       | Avaliar e apoiar o desenvolvimento dos RNPT numa UN, com a implantação de estratégias para mitigar o sofrimento infantil.                                | As atividades promotoras do desenvolvimento em parceria com o apoio psicológico, podem melhorar o vínculo entre a diáde e a saúde mental dos mesmos.                                                              | Contacto Pele-com-Pele; Massagem; Toque, Colo |
| 9  | Pados & Hess   | Revisão sistemática da literatura | Avaliar as evidências referentes às mudanças no stress decorrentes da abordagem contacto pele-com-pele.                                                  | Demonstrou que o contacto pele-com-pele realizado em UN melhora, a curto prazo, os resultados relacionados com o stress fisiológico, quando comparado com os cuidados prestados numa incubadora.                  | Contacto Pele-com-Pele                        |
| 10 | Pineda et al.  | Estudo quasi-experimental         | Explorar o impacto do programa SENSE, administrado a RNPT durante a hospitalização na UN, a saúde mental                                                 | O programa <i>Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences</i> (SENSE), comparado com os cuidados padrão/padronizados,                                                                                       | Programa SENSE inclui: Contacto Pele-         |

|    |                 |                                            |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |
|----|-----------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|    |                 |                                            | materna e os resultados neurocomportamentais do RN.                                                                                                                    | aumentou a confiança maternal e o comportamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | com-Pele, massagem e colo |
| 11 | Abdallah et al. | Estudo Exploratório, abordagem qualitativa | Explorar os fatores culturais, organizacionais e contextuais percebidos pelos pais e profissionais de saúde, sobre a opção de implementação da MI no contexto libanês. | <p>Barreiras – Pais: condição saúde do RN e mãe; o risco de infecção; o momento ideal para a massagem; a temperatura corporal, o tipo de pressão utilizada; a capacidade de tolerar o toque; outros filhos em casa; falta de transporte; compromissos pessoais; restrições financeiras;</p> <p>Profissionais de saúde: estrutura física da UN; horário restrito de visitas; falta de privacidade e a carga de trabalho dos profissionais de saúde. Bem como a percepção de medo e da prontidão dos pais; falta de educação dos pais e o nível de compromisso e resistência à mudança dos profissionais de saúde.</p> <p>Facilitadores – Contextuais e organizacionais: profissionais extras; criação de um protocolo para instruir os enfermeiros e treinar os pais garantindo uma aplicação diária suave e segura; entrada agendada na UN. Já os pais identificaram as seguintes medidas:</p> | MI                        |

|    |                 |                                          |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |
|----|-----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                 |                                          |                                                                                                        | comunicação, compromisso, incentivo, aplicação gradual e apoio dos profissionais de saúde.                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                             |
| 12 | Letzkus et al.  | Estudo piloto                            | Investigar a viabilidade da intervenção administrada pela mãe em RNPT à priori da alta da UN.          | A intervenção neonatal multimodal “ <i>bundle</i> ”, composta pelo FNI Método Canguru <i>care plus</i> e massagem, é viável e segura.                                                                                                                                                             | Massagem, Toque, Multimodal <i>Neonatal Bundle</i>                                                          |
| 13 | Levesque et al. | Estudo descritivo, abordagem qualitativa | Aumentar o contacto pele-com-pele e o colo providos pelos pais aos lactentes numa UN Cardio-cirurgica. | Ocorreu um aumento do Skin-to-skin, “ <i>parent holding</i> ” e do toque realizado pelos pais ao RN no contexto em estudo, no entanto, são precisos mais estudos focando as possíveis alternativas para a adoção do toque parental seguro. Criação de posters ilustrativos das diversas posições. | Contacto Pele-com-Pele, Colo, Toques parentais alternativos – diferentes formas de posicionar o RN ao colo. |
| 14 | Mrljak et al.   | Revisão sistemática da literatura        | Investigar os efeitos da MI nas três componentes: alívio da dor, icterícia e aumento ponderal de peso. | Evidenciou que a massagem infantil tem o potencial de ser eficaz no alívio da dor, na melhoria da icterícia e no aumento ponderal do RN.                                                                                                                                                          | MI                                                                                                          |

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar na literatura científica abordagens promotoras do toque parental em lactentes, que o EEESIP poderá implementar, nos contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados. A análise realizada permitiu a categorização de oito abordagens ao toque, que foram subdivididas em dois grupos: unimodais (MI, Método Canguru, Contacto Pele-com-Pele, Toque, o Dar Colo) e multimodais (FNI, *Multimodal Neonatal Bundle* e SENSE). Foram consideradas unimodais, as que versam apenas uma

abordagem ao toque e multimodais, as que contemplam a junção de mais do que uma abordagem em simultâneo, como ilustrado na figura 4.

**Figura 4** – Caracterização das terminologias identificadas e os artigos selecionados

| <b>Abordagens</b><br><b>Autores</b> | <b>MC</b> | <b>Contacto<br/>Pele-<br/>com-Pele</b> | <b>Massagem<br/>Infantil</b> | <b>Toque</b> | <b>Colo</b> | <b>FNI</b> | <b>SENSE</b> | <b>Multimodal<br/>Neonatal<br/>Bundle</b> |
|-------------------------------------|-----------|----------------------------------------|------------------------------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------------------------------------|
| Welch et al.                        |           |                                        |                              |              |             | X          |              |                                           |
| Herrington<br>& Chiodo              |           |                                        |                              | X            |             |            |              |                                           |
| Santos et al.                       | X         | X                                      | X                            | X            | X           |            |              |                                           |
| Campbell-<br>Yeo et al.             |           | X                                      |                              |              |             |            |              |                                           |
| Beebe et al.                        |           |                                        |                              |              |             | X          |              |                                           |
| Vittner et al.                      |           | X                                      |                              |              |             |            |              |                                           |
| Browne et al.                       |           | X                                      |                              | X            |             |            |              |                                           |
| Givrad et al.                       |           | X                                      | X                            | X            | X           |            |              |                                           |
| Pados & Hess                        |           | X                                      |                              |              |             |            |              |                                           |
| Pineda et al.                       |           |                                        |                              |              |             |            | X            |                                           |
| Abdallah et<br>al.                  |           |                                        | X                            |              |             |            |              |                                           |
| Letzkus et al.                      |           |                                        | X                            | X            |             |            |              | X                                         |
| Levesque et<br>al.                  |           | X                                      |                              |              | X           |            |              |                                           |
| Mrljak et al.                       |           |                                        | X                            |              |             |            |              |                                           |

## ABORDAGENS UNIMODAIS

### 1. MASSAGEM INFANTIL

A MI caracteriza-se como um toque estruturado na pele (Mrljak et al., 2022) e foi identificado em cinco dos 14 estudos analisados. Tradicionalmente, em diversas culturas, a sua iniciação ocorre logo após o nascimento, com variabilidades em termos de óleo utilizado, de duração, de intensidade e de envolvimento parental (McClure, 2017; Field, 2014).

Os cinco estudos salientam os seus benefícios para o lactente, nomeadamente, aumento ponderal; melhoria da motilidade gástrica; a redução do tempo de internamento, da sépsis

tardia e dos fatores de stress fisiológico; a diminuição da dor; a redução dos índices de icterícia; o melhor desenvolvimento motor, cognitivo e neurológico, bem como, da função imunológica e visual, e aceleração da maturação da atividade encefalográfica (Santos et al., 2015; Givrad et al., 2020; Abdallah et al., 2021; Letzkus et al., 2021; Mrljak et al., 2022).

De um modo particular, o recente estudo de RSL (Mrljak et al., 2022), permitiu uma sistematização dos efeitos da MI, em três vertentes (dor, icterícia e aumento ponderal). Os resultados sugerem que a MI pode ser eficaz no alívio da dor, na redução da icterícia, quando associado à fototerapia, e no aumento ponderal. O alívio da dor foi o benefício mais estudado, especificamente, na colheita de sangue, no pós-operatório e nas cólicas.

Apesar da MI poder ser realizada por profissionais de saúde, os benefícios da sua realização pela mãe estão a ser cada vez mais investigados (Campbell & Jacobs, 2021). Os RNPT massajados pelas suas mães obtiveram melhores resultados em termos de desenvolvimento aos dois anos de idade, comparativamente aos RN que não foram submetidos a esta abordagem (Santos et al., 2015).

Os benefícios da MI foram também alvo de estudo no contexto português. Um estudo experimental de natureza quantitativa avaliou os efeitos da massagem em RNPT internados em unidades de cuidados intermédios neonatais, a nível da estabilidade fisiológica e revelou ser uma intervenção segura a ser implementada neste contexto em RNPT saudáveis e clinicamente estáveis (Freitas et al., 2010).

Os benefícios da MI para os pais, também foram referidos em dois dos cinco artigos selecionados que fazem referência a esta abordagem. Os benefícios identificados foram a redução da ansiedade materna e o aumento da satisfação parental, influenciada pela dinâmica vivenciada na UN, e o aumento do vínculo e da segurança entre a díade (Givrad et al., 2020; Abdallah et al., 2021). Como refere Vimala McClure (2017), fundadora da Associação Internacional de Massagem Infantil, a MI não é apenas uma técnica interativa entre a díade, mas sim uma arte profunda de comunicação entre pais e lactentes, e uma ferramenta para manter a saúde e o bem-estar a variados níveis.

O estudo qualitativo exploratório de Abdallah et al. (2021) e o estudo piloto de Letzkus et al. (2021), exploraram as barreiras identificadas à implementação da MI especificamente em UN. As condições físicas da UN, o parco trabalho em equipa, as restrições no horário de visitas, a falta de recursos digitais (vídeos demonstrativos da técnica de massagem) e de um ensino individualizado, foram as principais barreiras identificadas. Foi igualmente identificada a falta de conhecimento sobre esta abordagem junto dos pais e dos profissionais de saúde (Letzkus et al., 2021). Como estratégias promotoras da MI foi sugerido o apoio e o

ensino adicionais, tanto aos pais como aos profissionais de saúde, com a possibilidade de contacto direto com os pais de forma a validar conhecimentos e reforçar ensinamentos (Letzkus et al., 2021). A maior contratação de profissionais de saúde aliado ao estabelecimento de um protocolo educacional dirigido aos profissionais e aos pais, são outras possíveis estratégias para garantir a aplicação diária da MI com segurança na UN (Abdallah et al., 2021). Os mesmos autores alertam, também para o facto, dos pais destacarem a comunicação e o incentivo por parte dos profissionais de saúde como uma estratégia fundamental, tornando-se essencial desenvolver uma cultura centrada na família.

A UN foi o único contexto mencionado nos estudos selecionados que fizeram referência à MI, o que poderá estar relacionado com a população alvo ser RNPT (Santos et al., 2015; Givrad et al., 2020; Abdallah et al., 2021; Letzkus et al., 2021; Mrljak et al., 2022). Porém, outras populações e contextos têm sido alvo de investigação. O estudo randomizado conduzido por Lu et al. (2018) investigou os benefícios da MI em crianças com perturbações no desenvolvimento, em follow-up, com resultados favoráveis a nível do processamento motor e sensorial.

Apesar da evidência científica sobre esta abordagem ser robusta, um estudo de revisão *scoping*, na população pré-termo, alerta para a necessidade de investigação com amostras maiores e com maior rigor metodológico que permita a consolidação dos resultados (McCarty et al., 2023).

## **2. MÉTODO CANGURU**

Esta abordagem foi identificada apenas num dos estudos (Santos et al., 2015), como sendo a mais prevalente. Os benefícios do MC foram realçados na população RNPT em UN, nomeadamente, maior estabilidade cardiorrespiratória, melhoria na autorregulação, padrões de sono organizados, bem como, melhores mecanismos de resposta ao stress nas consultas de follow-up do décimo ano de vida (Santos et al., 2015).

O MC, relaciona-se com o contacto pele-com-pele e com o Método-Mãe-Canguru (MMC). Porém, apesar de similares, trata-se de conceitos distintos. Enquanto o contacto pele-com-pele é considerado o ingrediente indispensável aos benefícios associados, o MMC é um termo mais abrangente, que tem vindo a evoluir. Teve a sua origem em Bogotá, em 1978, como alternativa aos cuidados convencionais a RN de baixo peso ao nascer, de forma a colmatar a falta de equipamentos e a elevada taxa de infeção nosocomial (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016). Posteriormente, foi considerado como uma forma de tratamento e não como um complemento aos métodos tradicionais (Bergman & Jürisoo, 1994). Inclui a

amamentação exclusiva desde o nascimento e o constante contacto pele-com-pele, no qual o RN é posicionado em vertical no peito da mãe, independentemente do seu nível de estabilidade hemodinâmica. Este foi também o termo adotado pela World Health Organization (WHO) (2023), interligando o contacto precoce pele-com-pele mãe-RNPT e/ou doente, com a amamentação e com a alta precoce da UN. O principal objetivo desta abordagem é a capacitação materna (parental/cuidadores) com transferência gradual de habilidades e responsabilidades de forma a tornarem-se os principais prestadores de cuidados do RN (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016).

Por sua vez, o termo MC também implica o contacto pele-com-pele, porém, pode ser realizado pela mãe ou pelo pai e requer do RN estabilidade hemodinâmica (Kangaroo Mother Care [KMC], 2023). Diferentes modalidades têm sido adotadas, consoante as necessidades de cada contexto, desde a amamentação exclusiva ou não exclusiva, o contacto pele-com-pele total ou parcial, com durações variáveis e com alta hospitalar precoce ou não (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016).

### **3. CONTACTO PELE-COM-PELE**

Sete dos artigos selecionados concordam com os benefícios desta abordagem para o RN de termo e pré-termo, e para os pais/cuidadores (Santos et al., 2015; Campbell-Yeo et al., 2017; Vittner et al., 2019; Browne et al., 2020; Givrad et al., 2020; Pados & Hess, 2020; Levesque et al., 2021). Entre os inúmeros benefícios para a díade, salienta-se, a promoção da amamentação, o aumento ponderal, a redução dos níveis de infeção e de sépsis neonatal, a melhoria da qualidade dos movimentos e do tónus muscular, bem como, menores períodos de agitação psicomotora e a diminuição do stress nos RN e nos pais (Santos et al., 2015; Browne et al., 2020; Givrad et al., 2020; Pados & Hess, 2020; Levesque et al., 2021). A promoção integral dos pais nos cuidados torna-se fundamental para a melhoria da qualidade da vinculação, tornando esta abordagem capaz de ensinar às mães a possibilidade de aprender a interpretar os sinais que o RN transmite (Levesque et al., 2021). Outros autores afirmam que esta é uma abordagem bem implementada e com benefícios na autoestima parental, sendo segura a sua implementação em RNPT e de termo, nomeadamente com risco de paralisia cerebral (Letzkus et al., 2021).

A prática desta abordagem é variável. Nos três estudos selecionados, a posição ventral foi a única adotada, porém, com pouca descrição quanto à sua aplicação (Moore et al., 2016; Pados & Hess, 2020; Levesque et al., 2021). A duração também não foi consensual. Variou entre 15 minutos (Moore et al., 2016) e 45 minutos a 6,5 horas (Pados & Hess, 2020). Outros

autores sugerem que o tempo máximo estabelecido, seja o tolerado pela díade (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016).

Foram identificadas três estratégias para operacionalizar esta abordagem. A primeira, refere-se a instruir os profissionais de saúde e os pais através das redes sociais e de multimédia, com a criação de um vídeo publicado na plataforma de Youtube. Vídeos curtos e direcionados à população alvo e assentes em evidência científica favorecem uma divulgação generalizada (Campbell-Yeo et al., 2017). A segunda, consiste em promover mais formações sobre os benefícios desta abordagem visando a sua adoção e implementação de forma mais coesa e consistente (Letzkus et al., 2021). Por último, o estudo desenvolvido por Levesque et al. (2021), no contexto de UN cardíaco-cirúrgica, cujo objetivo foi a implementação segura desta abordagem, através de um programa educacional com um método mais flexível à abordagem em questão. A sua implementação possibilitou a realização de cenários práticos, discussões planificadas, simulações de transferências com manequins, bem como a criação de folhetos informativos e pósteres.

As barreiras identificadas na implementação desta abordagem variaram desde a organização do espaço, garantia de privacidade, dificuldades na gestão dos ruídos, níveis de conforto da equipa. Os autores identificaram a possibilidade de exibirem alterações e adaptações a esta abordagem de forma a manter o toque parental. Essas alterações consistiram numa variedade de posicionamentos, tanto no colo, como na abordagem em questão, sendo optado pelo melhor posicionamento a adotar após uma avaliação holística e sempre alvo de mudanças consoante avaliação diária, estabilidade hemodinâmica, tolerância ao toque e educação profissional e parental para promover uma mudança nos cuidados. Confrontando com o estudo de Moore et al. (2016), a abordagem contacto pele-com-pele inicia-se idealmente ao nascer e deve perdurar até ao final da primeira amamentação, com o intuito de melhorar a autorregulação do RN.

Os benefícios desta abordagem incluem vinculação efetiva, a maior confiança, autocontrolo e tranquilidade materna, e o alívio da dor, medidos por respostas fisiológicas e comportamentais (Moore et al., 2016).

#### **4. TOQUE**

Esta abordagem foi identificada em cinco dos estudos, porém, com terminologias variadas, como toque de contenção, toque mantido, toque de conforto ou *gentle human touch*.

Um estudo de viabilidade (Herrington & Chiodo, 2014) e um estudo piloto (Letzkus et al., 2021) descreveram como foi ensinado às mães a realização do toque de contenção e conforto.

No estudo piloto, os participantes serenaram o RN posicionando uma mão à volta das pernas e pés do RN e outra sobre o abdómen (Letzkus et al., 2021).

No estudo de viabilidade foi abordado o toque de contenção ou *gentle human touch* como uma das estratégias para a redução e alívio da dor durante os procedimentos invasivos. Realçaram que esta abordagem poderá ser realizada por qualquer profissional de saúde ou família, independentemente da situação clínica, ao colocar uma mão a circundar a cabeça e outra a região nadegueira, aliada ao posicionamento em lateral com flexão dos membros inferiores (posição fetal). Esta foi responsável por reduzir a dor no RNPT, quando comparado apenas com o posicionamento lateral e contenção com artefactos, demonstrando assim, um tempo de choro mais reduzido e sem alterações significativas nos sinais vitais durante e após a punção. Outra das perspetivas sobre esta abordagem defendida na RSL de Browne et al. (2020) menciona que esta é uma estratégia promotora do desenvolvimento do conforto e da vinculação, sendo a mesma determinada pelas respostas fisiológicas e comportamentais dos RN.

Em consonância com todos os efeitos positivos do toque de contenção, incluindo a velocidade de crescimento, a estabilidade cardiorrespiratória e o estado comportamental, o estudo desenvolvido por Santos et al. (2015) alerta que, durante a sua discussão testaram a eficácia desta abordagem no RN muito frágil e o neurodesenvolvimento, não se verificando diferenças nesse domínio.

Por fim, a reflexão crítica efetuada sobre a evidência desta abordagem tem declarado o toque (contenção, positivo, gentil) como uma das técnicas tranquilizadoras capazes de reduzir o stress e melhorar os padrões de sono (Givrad et al., 2020). Com a realização desta abordagem deverá ser associado a comunicação na língua materna dos sentimentos, pensamentos e mantendo sempre o contacto visual com RN o máximo de tempo possível (Letzkus et al., 2021).

Em harmonia com a abordagem em vigor, Cherry Bond (2002) alerta para a adaptação deste conceito à filosofia de cuidados centrados na família, cujo objetivo é minimizar o impacto negativo de toda a circunstância no RN e família. Otimizando o cuidado para que se torne mais gentil e humano no presente, e menos prejudicial nos resultados, adaptando o toque ao indivíduo, e identificando os pontos fortes e vulnerabilidades.

## **5. DAR COLO**

O dar colo consiste no ato de segurar o RN nos braços ou no regaço do cuidador. Esta abordagem encontra-se presente em cinco estudos analisados (Welch et al., 2013; Santos et al., 2015; Santos et al., 2016; Santos et al., 2017; Santos et al., 2018).

al., 2015; Givrad et al., 2020; Levesque et al., 2021 Mrljak et al., 2022), sendo que em três deles está associado à abordagem contacto pele-com-pele (Santos et al., 2015; Givrad et al., 2020; Levesque et al., 2021).

O estudo desenvolvido por Levesque et al. (2021) reporta os resultados de um projeto de melhoria contínua, ocorridos numa UN, com valência de cirurgia, direcionado à implementação da abordagem contacto pele-com-pele de forma segura, mas também à diversificação das posições possíveis de dar colo e outros toques alternativos. A possibilidade de optar pelo melhor posicionamento após uma avaliação diária da estabilidade hemodinâmica e da tolerância ao toque, E a criação de materiais educativos que demonstram as posições que os pais podem adotar, favoreceu a adoção desta abordagem.

De igual modo o estudo de revisão de Santos et al. (2015), associou o dar colo, à visita dos pais, à melhoria do tónus muscular, à qualidade dos movimentos do lactente, bem como, à redução dos sinais de agitação e stress. Assim sendo, Givrad et al. (2020) afirmam que o simples ato de posicionar o RN ao colo fomentou medidas positivas em termos de neurocomportamento no momento da alta, incluindo melhores padrões motores e menores períodos de irritabilidade.

Por último, relativamente à redução e alívio da dor, foi identificado na RSL de Mrljak et al. (2022), um estudo (Roshanray et al., 2020) que revelou que, o colo da mãe, quando comparado à MI tem um maior impacto na redução da dor. Outro estudo (Reynolds et al., 2013), investigou o efeito da presença parental e do dar colo, no neurocomportamento do RN em UN, tendo verificado. um aumento da frequência desta abordagem no decurso do internamento, estando em consonância com a revisão de Santos et al. (2015), no que se refere aos benefícios. Por fim, Yao et al. (2019) enuncia estudos experimentais que indicaram que esta abordagem é capaz de promover a regulação infantil e aumentar a segurança da vinculação.

A abordagem de dar colo, está integrada no programa FNI, no qual os pais são incentivados e auxiliados a dar colo aos RN ou a realizarem períodos de colo contido, pelo menos quatro vezes por semana (Welch et al., 2013).

Todas as abordagens supramencionadas são unimodais. Porém, em quatro dos estudos analisados, verificou-se a conjugação de diferentes abordagens designadas como multimodais, nomeadamente: o programa FNI (Welch et al., 2013; Beebe et al., 2018), o programa SENSE (Pineda et al., 2020) e o Multimodal Neonatal Bundle (Letzkus et al., 2021). A evidência científica tem-nos alertado para os benefícios das abordagens

multimodais face às abordagens unimodais, quando aplicadas de modo gradual, em RN estáveis cuja alta esteja próxima (White-Traut et al., 1997).

## **ABORDAGENS MULTIMODAIS**

### **1. FNI**

Apenas dois estudos fazem referência exclusivamente a esta abordagem (Welch et al., 2013; Beebe et al., 2018). O FNI foi idealizado com o intuito de induzir uma conexão entre a díade pais-filho o mais atempadamente possível, superando os efeitos negativos da privação materna no contexto da UN. Através de estratégias facilitadoras de uma comunicação afetiva e ligação emocional, solicitava-se, numa fase inicial do internamento, a “troca de odores”, toque de conforto, voz tranquilizadora e contacto visual, transitando para o contacto pele-com-pele ou colo, mediante a estabilidade hemodinâmica do RN (Welch et al., 2013; Beebe et al., 2018). As díades envolvidas nesta abordagem, apresentaram uma maior frequência e otimização do toque materno, com maior identificação de sinais de stress do RN, promovendo alteração da abordagem em implementação e estratégias de *coping*, conduzindo a um maior envolvimento social e ligação emocional.

Estes estudos concluíram que as mães integradas no FNI apresentaram maior envolvimento em outras abordagens, como por exemplo, na abordagem contacto pele-com-pele e nos cuidados diários prestados ao RNPT, o que reforça a segurança desta abordagem na UN (Welch et al., 2013; Beebe et al., 2018).

### **2. MULTIMODAL NEONATAL BUNDLE**

Esta abordagem surge apenas no estudo de Letzkus et al. (2021) e é sustentada nos modelos de cuidados centrados no neurodesenvolvimento e na família. O termo *bundle* refere-se à conjugação de cinco intervenções: todas as presentes no FNI (voz tranquilizadora, troca de odor, toque de conforto), associadas ao método canguru plus e à MI, adaptadas ao RN e desenvolvidas gradualmente durante a hospitalização. O método canguru plus, poderá ser considerado uma variante do MC, na medida em que combina o contacto pele-com-pele, com o toque suave, a voz tranquilizadora e o contacto ocular direto (Letzkus et al., 2021).

Os autores definiram como estratégia de implementação da abordagem, a educação parental, por meio de um livro explicativo e demonstrativo, com as diversas abordagens, o registo periódico das intervenções efetuadas pelas mães e do acompanhamento de um profissional de saúde na sua aplicação. Alertaram, ainda, para observação e reconhecimento parental dos

sinais de stress no RN com a necessidade de interromper as abordagens, se assim fosse necessário (Letzkus et al., 2021). Esta foi considerada uma abordagem viável e segura a ser implementada pelas mães, a RNPT com alto risco de paralisia cerebral. As intervenções inerentes a esta abordagem, atingiram cerca de 71% de adesão, correspondendo às intervenções voz tranquilizadora, troca de odor e toque reconfortante. De alertar, que tanto o MC como a MI não atingiriam o objetivo previsto, insinuando uma maior necessidade de apoio e educação parental e profissional. Os autores sugerem como possíveis atividades de melhoria o apoio individualizado aos pais e os recursos digitais (Letzkus et al., 2021).

### **3. SENSE**

Esta abordagem foi identificada no estudo de Pineda et al. (2020), como estratégia de *empowerment* parental, com o intuito de envolver os pais na promoção consistente de interações sensoriais positivas e adequadas ao desenvolvimento do RN na UN. O programa inclui períodos temporais específicos destinados às abordagens (contacto pele-com-pele, MI, colo e embalo, estimulação auditiva), sempre adaptadas ao nível de maturidade do RN (Pineda et al., 2020).

Esta abordagem é semelhante às anteriores, porém acresce de materiais de educação parental destinados à promoção do cuidado individualizado, relacionado com os sinais comportamentais do RN, e com a parentalidade no contexto de UN. Os materiais educativos, abrangem quantidades diárias específicas de atividades táteis, auditivas, visuais, cinestésicas, vestibulares e olfativas, a serem realizados com o RN (Pineda et al., 2020).

Os resultados preliminares demonstraram melhorias na confiança materna e no desempenho neurocomportamental do RN após a implementação do SENSE (Pineda et al., 2020).

Estes resultados foram reforçados com o estudo de Patel et al. (2021), alusivo ao impacto da abordagem SENSE entre a díade e os profissionais de saúde na UN, ao revelar que as abordagens, ao serem implementadas com a frequência e a duração apropriadas ao RN revelaram-se fundamentais para prevenir distúrbios sensoriais a longo prazo.

### **CONCLUSÃO**

Perante a necessidade de garantir uma prática informada pela evidência científica, o estudo de RIL é indicado como um recurso útil no campo da saúde, conseguindo sintetizar as pesquisas disponíveis sobre uma problemática, direcionando e fundamentando a prática em conhecimento empírico (De Souza et al., 2010).

Os EEESIP têm autonomia para decidir sobre a melhor forma de promover a abordagem ao toque parental, tendo por base os conhecimentos técnicos e científicos que detêm, a identificação da problemática do cliente, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir, atuando no melhor interesse do lactente e família.

Decorrente da revisão concretizada foram identificadas oito abordagens promotoras do toque parental, na sua maioria unimodais, e um crescente interesse em investigar as abordagens multimodais. Todas as abordagens são consideradas clinicamente seguras e poderão ser implementadas pelo EEESIP. Tornou-se obvio que após o incentivo parental às diversas abordagens ao toque, estes demonstram uma maior capacidade de promover o toque e padrões de toque positivos, com identificação segura dos padrões de toque negativos. Em jeito de retribuição, o lactente apresenta estratégias de autorregulação ao stress, sendo apto a identificar o afeto negativo e assegurar o afeto positivo, progredindo para uma vinculação entre a díade efetiva.

Não foi identificado nenhum estudo no contexto dos cuidados de saúde primários, mas sim um em follow-up, porém a criação e/ou implementação da MI, a abordagem contacto pele-com-pele no cumprimento do plano vacinal, entre outros procedimentos invasivos, poderia ser exequível.

Em suma, e dando resposta à questão de investigação formulada, a literatura científica apresenta ao longo dos últimos anos um aumento da consciencialização para esta temática, focando-se como abordagens promotoras do toque parental a abordagem contacto pele-com-pele, a MI, o toque de contenção, o colo e embalo. Verificamos que ainda necessitamos de mais estudos direcionados para a prática, mas já possuímos conhecimento suficiente para sugerir e/ou promover protocolos diferenciados e visando esta temática nos contextos por nós delineados.

A carência de estudos sobre a temática realizados em Portugal, justifica o contínuo investimento em investigação sobre este fenómeno.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Abdallah, B., Whitford, H., Bradbury-Jones, C., & Jones, M. (2021). Perceptions and attitudes of parents and healthcare professionals about the option of using infant massage in neonatal intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3-4), 499-507. <https://doi.org/10.1111/jocn.15564>

Barnes, C., & Adamson-Macedo, E. N. (2022). Understanding the impact of newborn touch upon mothers of hospitalized preterm neonates. *Journal of Human Growth and Development*, 32(2), 294-301. <https://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13322>

Beebe, B., Myers, M., Lee, S. H., Lange, A. E., Ewing, J., Rubinchik, N., Andrews, H., Austin, J., Hane, A. A., Margolis, A. E., Hofer, M. A., Ludwig, R. J., & Welch, M. G. (2018). Family nurture intervention for preterm infants facilitates positive mother-infant face-to-face engagement at 4 months. *Developmental Psychology*, 54(11), 2016-2031. <https://doi.org/10.1037/dev0000557>

Bergman, N., & Jürisoo, L. A. (1994). The “Kangaroo-method” for treating low birth weight babies in a developing country. *Tropical Doctor*, 24(2), 57-60. <https://doi.org/10.1177/004947559402400205>

Bijari, B. B., Iranmanesh, S., Eshghi, F., & Baneshi, M. R. (2012). Gentle human touch and yakson: The effect on preterm’s behavioral reactions. *International Scholarly Research Network Nursing*, 2012, 1-6. <https://doi.org/10.5402/2012/750363>

Bond, C. (2002). Positive touch and massage in the neonatal unit: a British approach. *Seminars in Neonatology*, 7(6), 477-486. <https://doi.org/10.1053/siny.2002.0149>

Browne, J. V., Jaeger, C., Kenner, C., & Care, F. C. D. (2020). Executive summary: standards, competencies, and recommended best practices for infant-and family-centered developmental care in the intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 40(S1), 5-10. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0767-1>

Campbell, M., & Jacobs, L. (2021). The effect of parent-administered infant massage on the developmental outcomes of premature infants. *South African Journal of Occupational Therapy*, 51(1), 36-43. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2021/vol51n1a6>

Campbell-Yeo, M., Dol, J., Disher, T., Benoit, B., Chambers, C. T., Sheffield, K., Boates, T., Harrison, D., Hewitt, B., Jangaard, K., Stinson, J., Taddio, A., Parker, J. A., & Caddle, K. (2017). The power of a parent’s touch: Evaluation of reach and impact of a targeted

evidence-based youtube video. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(4), 341-349. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000263>

Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(CD002771). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>

De Souza, M. T., Da Silva, M. D., & De Carvalho, R. (2010). Integrative review: What is it? *Einstein*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

Dell'Acqua, M. C. Q., De Araújo, V. A., & Da Silva, M. J. P. (1998). Toque: Qual o uso atual pelo enfermeiro? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 17-22. <https://doi.org/10.1590/S0104-1169199800020004>

Eschiri, V. S. (2007). Healing touch: A low-tech intervention in high-tech settings. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(1), 9-14. <https://doi.org/10.1097/00003465-200701000-00004>

Fatollahzade, M., Parvizi, S., Kashaki, M., Haghani, H., & Alinejad-Naeini, M. (2020). The effect of gentle human touch during endotracheal suctioning on procedural pain response in preterm infant admitted to neonatal intensive care units: a randomized controlled crossover study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(7), 1370-1376. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1755649>

Field, T. (2001). *Touch*. The MIT Press.

Field, T. (2014). *Touch* (2<sup>nd</sup>ed.). The MIT Press.

Freitas, O. M., Lopes, E. M., Barbieri-Figueiredo, M. D. C., & Da Cunha, O. R. (2010). Massagem no recém-nascido pré-termo: é um cuidado de enfermagem seguro? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 187-198. <https://scielo.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a10.pdf>

Givrad, S., Dowtin, L. L., Scala, M., & Hall, S. (2020). Recognizing and mitigating infant distress in neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal Nursing*, 27(1), 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.09.009>

Herrington, C. J., & Chiodo, L. M. (2014). Human touch effectively and safely reduces pain in the newborn intensive care unit. *American Society for Pain Management Nursing*, 15(1), 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.06.007>

Kangaroo Mother Care. (2023). What is KMC? <https://kangaroomothercare.com/about-kmc/what-is-kmc/>

Letzkus, L., Alonzo, C. J., Connaughton, E., Kelly, N. L., & Zanelli, S. (2021). A maternal-administered multimodal neonatal bundle in hospitalized very preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, 21(2), E35-E42. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000786>

Levesque, V., Johnson, K., McKenzie, A., Nykipilo, A., Taylor, B. L., & Joynt, C. (2021). Implementing a skin-to-skin care and parent touch initiative in a tertiary cardiac and surgical neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 21(2), E24-E34. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000770>

Li, Q., Zhao, W., & Kendrick, K. M. (2022). Affective touch in the context of development, oxytocin signaling, and autism. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.967791>

Lu, W. P., Tsai, W. H., Lin, L., Hong, R. B., & Hwang, Y. S. (2018). The beneficial effects of massage on motor development and sensory processing in young children with developmental delay: A randomized control trial study. *Developmental Neurorehabilitation*, 22(7), 487-495. <https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1537317>

McCarty, D. B., Willett, S. L., Kimmel, M., & Dusing, S. C. (2023). Benefits of maternally - administered massage for mothers of hospitalized preterm infants: a scoping review. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40748-023-00151-7>

McClure, V. (2017). *Infant Massage: A handbook for loving parents* (4<sup>th</sup>ed.). Bantam Books.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD003519). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Mrljak, R., Danielsson, A. A., Hedov, G., & Garmy, P. (2022). Effects of infant massage: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6378. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116378>

Pados, B. F., & Hess, F. (2020). Systematic review of the effects of skin-to-skin care on short-term physiologic stress outcomes in preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 20(1), 48-58. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000596>

Patel, D., Thompson, J. S., Hart, K., Thees, M., Joyce, K., Dorton, R., Saechao, S., & Kirchen, T. (2021). Improving caregiver satisfaction and infant feeding outcomes through use of the supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE). *The American Journal of Occupational Therapy*, 75(Suppl.2). <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.75S2-RP325>

Pineda, R., Wallendorf, M., & Smith, J. (2020). A pilot study demonstrating the impact of the supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE) program on the mother and infant. *Early Human Development*, 144, 105000. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105000>

Ramada, N. C. O., De Amorim Almeida, F., & Da Rocha Cunha, M. L. (2013). Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. *Einstein (São Paulo)*, 11(4), 421-425. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400003>

Ramos, A. C., Frias, A. M. A., & Risso, S. (2016). Resultados da intervenção toque terapêutico no recém-nascido: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 503-518. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(1\).503](https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).503)

Reynolds, L., Duncan, M. M., Smith, G. C., Mathur, A. M., Neil, J. J., Inder, T. E., & Pineda, R. (2013). Parental presence and holding in the neonatal intensive care unit and associations with early neurobehavior. *Journal of Perinatology*, 33(8), 636-641. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.4>

Roshanray, A., Rayyani, M., Dehghan, M., & Faghieh, A. (2020). Comparative effect of mother's hug and massage on neonatal pain behaviors caused by blood sampling: A randomized clinical trial. *Journal of Tropical Pediatrics*, 66(5), 479–486. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa001>

Santos, J., Pearce, S. E., & Stroustrup, A. (2015). Impact of hospital-based environmental exposures on neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(2), 254-260. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000190>

Vittner, D., Butler, S., Smith, K., Makris, N. M., Brownell, E. A., Samra, H. A., & McGrath, J. M. (2019). Parent engagement correlates with parent and preterm infant oxytocin release during skin-to-skin contact. *Advances in Neonatal Care*, 19(1), 73-79. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000558>

Welch, M. G., Hofer, M. A., Stark, R. I., Andrews, H., Austin, J., Glickstein, S. B., Ludwig, R. J., & Myers, M. (2013). Randomized controlled trial of family nurture intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety. *BioMed Central Pediatrics*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-148>

White-Traut, R., Nelson, M., Silvestri, J., Cunningham, N., & Patel, M. (1997). Responses of preterm infants to unimodal and multimodal sensory intervention. *Pediatric Nursing*, 23(2), 169-175. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/14052650\\_Responses\\_of\\_preterm\\_infant\\_to\\_unimodal\\_and\\_multimodal\\_sensory\\_intervention](https://www.researchgate.net/publication/14052650_Responses_of_preterm_infant_to_unimodal_and_multimodal_sensory_intervention)

World Health Organization. (2023). *Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care*. Global position paper. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072657>

Yao, X., Plötz, T., Johnson, M., & De Barbaro, K. (2019). Automated detection of infant holding using wearable sensing: Implications for developmental science and intervention. *Proceedings of the ACM on Interactive, Mobile, Wearable and Ubiquitous Technologies*, 3(2), 1-17. <https://doi.org/10.1145/3328935>

## APÊNDICE B

### PROJETO IMPLEMENTADO NO CENTRO DE SAÚDE – CURSO DE MASSAGEM INFANTIL



**Nota:** Este curso é destinado a todas as crianças com idades compreendidas entre os 0-12 meses. Entregue aos pais um frasco opaco com óleo de gralha de uva para a realização da massagem.



## SESSÃO 1

**Quebra-Gelo:** com a 1ª letra do nome do seu bebé, refira um adjetivo que o caracterize.



**Massagem Infantil:** Demonstração da técnica de massagem nas Pernas e Pés

**Tema Discussão:** Os estadios comportamentais do meu bebé. Entregue fotografias dos estadios, para os pais identificarem qual é o estadio em que se deve realizar a massagem, quais destes é o mais frequente no seu bebé e que estratégias e intervenções implementam.





Na primeira sessão, os pais foram informados sobre em que consistia o curso, qual a missão da Associação Internacional de Massagem Infantil (*Internacional Association of Infant Massage* - IAIM); em que consiste o toque nutritivo; os benefícios nas quatro vertentes, sendo eles, bebê, pais, família e comunidade; os sinais de aceitação e rejeição do bebê em relação ao toque; os óleos recomendados pela IAIM, suas vantagens e desvantagens; e por fim os estadios comportamentais – estadios de vigília, sono e transição.

Durante a primeira sessão pude constatar alguns receios, dúvidas e medos referidos pelas mães e pais, esclareci as mesmas e orientei para uma mudança de rotinas e provi estes pais com estratégias de *coping* para enfrentar algumas barreiras. Observei em uma das famílias, maior insegurança por parte da mãe, pouca ligação mãe-filho, sendo o pai o cuidador mais ativo durante a aula. Esta foi uma família que desde logo fez acionar a minha visão de futura especialista, e sem prejudicar as restantes famílias do curso, tentei atuar e ajudar estes pais e bebê.

## 1º Panfleto

### ESTÁDIOS COMPORTAMENTAIS

O estágio comportamental influencia o modo como o bebé reage a diferentes situações ou estímulos. Estes são fulcrais no seu desenvolvimento infantil e crescimento, bem como para apoiar os pais na compreensão dos seus comportamentos.

#### ESTÁDIOS DE VIGÍLIA:

- Alerta Tranquilo – momento ideal para a **massagem**, pois o seu bebé reage e aprende melhor <sup>(1)</sup>,
- Alerta Ativos – poderá indicar um sinal de hiperestimulação, aborrecimento ou necessidade de alguma mudança <sup>(2)</sup>,
- Choro – exige a atenção dos pais para ouvir as suas necessidades, parando ou alterando comportamentos <sup>(3)</sup>,

### ÓLEOS VEGETAIS

A IAIM recomenda a utilização de óleos de alta qualidade, sem adição de aromas e 1ª pressão a frio.

#### VANTAGENS:

- Contém ingredientes benéficos (vitaminas e minerais);
- Sem odores, pois assim não ocultam o odor dos bebés/pais, sendo um elemento fundamental de ligação;
- Nutrem a pele e não são tóxicos (pode haver contacto com a boca).

#### DESVANTAGENS:

- Pode variar a qualidade devido ao método de cultivo e processamento;
- Mudança de odor ao longo do tempo.



#### ESTÁDIOS DE SONO:

- Sono Profundo (sono calmo) – usado pelo bebé para crescer e desenvolver-se <sup>(4)</sup>,
- Sono Leve (sono ativo) – o cérebro do bebé está muito ativo, a armazenar e organizar experiências e informações <sup>(5)</sup>,

#### ESTÁDIOS DE TRANSIÇÃO:

- Sonolento – o bebé poderá estar a tentar voltar a dormir ou poderá estar a despertar <sup>(6)</sup>,



Instrutora: Ana Luísa Figueira



## CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

1ª Sessão

*"Liguem-se com os seus filhos de coração para coração. Toque-lhes com as suas mãos, os seus olhos e o seu coração. Deixe-os ligarem-se com o mundo vivo que respira."*

Vimala McClure



A transmissão do TOQUE NUTRITIVO e VINCULAÇÃO!

### SINAIS DO BEBÉ

#### ACEITAÇÃO:

##### Contacto Visual e Expressões Faciais:

Olhos abertos, brilhantes centrados nos pais e ambiente; sorriso presente.

Sons: Balbuciar, rir, chuchar com entusiasmo e contentamento.

Linguagem corporal: Deitado em silêncio, calmo e relaxado; movimentos suaves dos membros e alcançar os pais.

#### REJEIÇÃO:

##### Contacto Visual e Expressões Faciais:

Olhos fechados, bocejando e adormecendo; olhar para o lado, franzindo o sobrolho ou testa e caretas.

Sons: Soluços, sons agitados e choro.

Linguagem corporal: Tentativa de se afastar, rebolar, arquear as costas e endurecimento corporal; movimentos irregulares ou descontrolados e empurrar as mãos dos pais para longe.

### MISSÃO DA ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE MASSAGEM INFANTIL

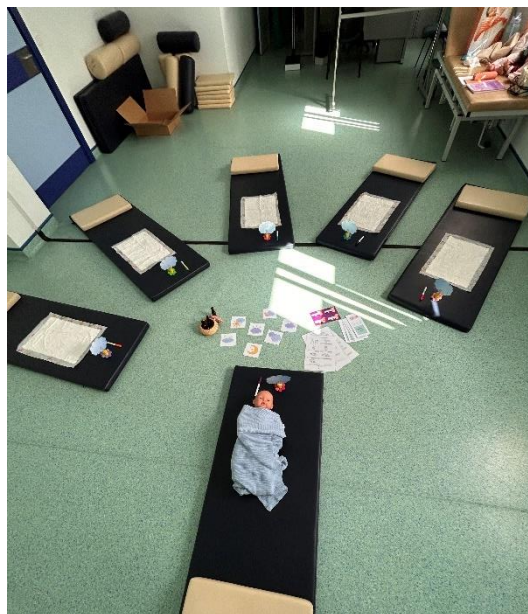
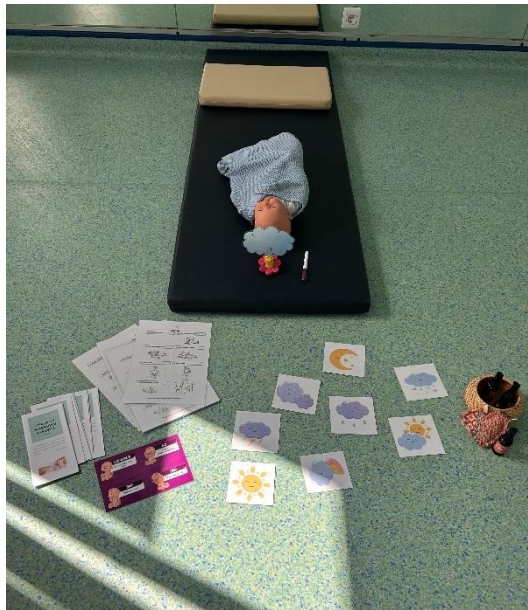
Promover o toque nutritivo, a vinculação e a comunicação através de cursos, educação e investigação para que os pais e educadores de crianças valorizem o toque, o amor e o respeito nas diversas comunidades mundiais.

### BENEFÍCIOS DA MASSAGEM INFANTIL (BEBÉ)



## SESSÃO 2

**Quebra-Gelo:** Entregue símbolos meteorológicos para os pais relacionarem os mesmos com as emoções, comportamentos e rotinas do fim-de-semana, ex.: chuvoso, fim-de-semana cansativo, bebé com períodos de irritabilidade e choro mais frequentes que o normal.



**Massagem Infantil:** Demonstração da técnica de massagem na Barriga e Massagem para Alívio das Cólicas.

**Tema Discussão:** O choro do meu bebê, estratégias de *coping*.



Na segunda sessão abordado as condições ideais para a massagem infantil; o pousar das mãos e o toque de relaxamento; o choro do bebê – razões físicas, emocionais; o empoderamento dos pais durante o curso de massagem infantil a ouvir com atenção o seu bebê, responder às necessidades, respeitar os estadios comportamentais, reconhecer a diferença entre choro físico e emocional e desenvolver estratégias de *coping* quando o bebê chora; a massagem o alívio das cólicas/gases e o papel do instrutor.

Durante toda a sessão, foi proporcionado um ambiente acolhedor, pais proactivos e colaboradores, comunicativos uns com os outros, expondo dúvidas, e trocando ideias e estratégias.

Observei maior disponibilidade e receptividades aos ensinamentos, sugestões e reforços positivos. Mais interativos com o bebê, demonstrando afeto e vinculação.

## 2º Panfleto

### CHORO DO BEBÉ

A resposta de um pai ao choro e como acalma o seu bebé em situação de stress, poderá influenciar a relação da tríade e todo o processo de vinculação / *bonding*.

#### DURANTE O CURSO DE MASSAGEM INFANTIL ENCORAJAMOS OS PAIS A:

- Ouvir com atenção o que o seu bebé está a comunicar;
- Responder as necessidades do mesmo;
- Respeitar os estádios comportamentais, massajando preferencialmente no período de alerta tranquilo;
- Reconhecer a diferença entre choro emocional e físico;
- Desenvolver estratégias de coping quando o bebé chora.

### CHORO DO BEBÉ

- É um estadio comportamental;
- Uma forma de comunicar uma necessidade física ou emocional;
- É aceite no curso de massagem infantil da IAIM;
- Quando ocorre deverá ser suspensa a massagem.

#### RAZÕES FÍSICAS:

- Fome;
- Cansaço;
- Dor / Doença;
- Desconforto (dentição, fralda suja, etc).



#### RAZÕES EMOCIONAIS:

- Sensibilidade ao toque (toque negativo);
- Sobrecarga emocional;
- Hiper / hipo estimulação;
- Libertação de stress reprimido e tensões;
- Medo / Insegurança.

### MASSAGEM PARA O ALÍVIO DAS CÓLICAS / GASES

O termo cólica é utilizado para descrever o choro inconsolável por longos períodos, causando angústia e ansiedade, tanto ao bebé como aos seus pais.

#### O PAPEL DO INSTRUTOR É:

- Ouvir empaticamente os pais;
- Incentivá-los a compreenderem se o bebé apresenta episódios de choro repetitivos;
- Antes de iniciar a massagem devem relaxar, conversando com o bebé;
- Este protocolo deverá ser repetido 3 vezes, 2-3/dia.

Instrutora: Ana Luísa Figueira



### POUSAR DAS MÃOS E TOQUE DE RELAXAMENTO

#### POUSAR DAS MÃOS:

1. Introduzir a massagem numa parte nova do corpo, preparando o bebé e os pais para a experiência – toque positivo.
2. Necessidade de uma pausa durante a massagem, onde os pais pousam as mãos com pressão firme mantendo as suas mãos relaxadas e sem movimento – ajuda na autorregulação do bebé.

#### TOQUE DE RELAXAMENTO:

- Técnica utilizada para ajudar o bebé a relaxar associando sempre a voz dos pais/cuidador, o toque e um reforço positivo.

## CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

2ª Sessão

*“Quando você nasceu, chorou e o mundo alegrou-se. Viva a sua vida de tal forma que quando morrer o mundo chore, e você se alegre.”*

Vimala McClure



### CONDIÇÕES IDEAIS PARA A MASSAGEM

O objetivo é criar condições ideais em que o pai, mãe e bebé possam focar-se entre si com as menores distrações e estímulos externos possíveis.

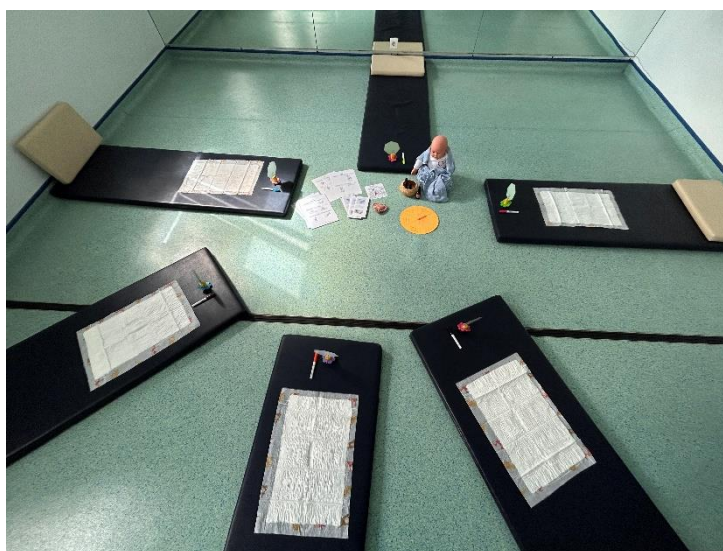
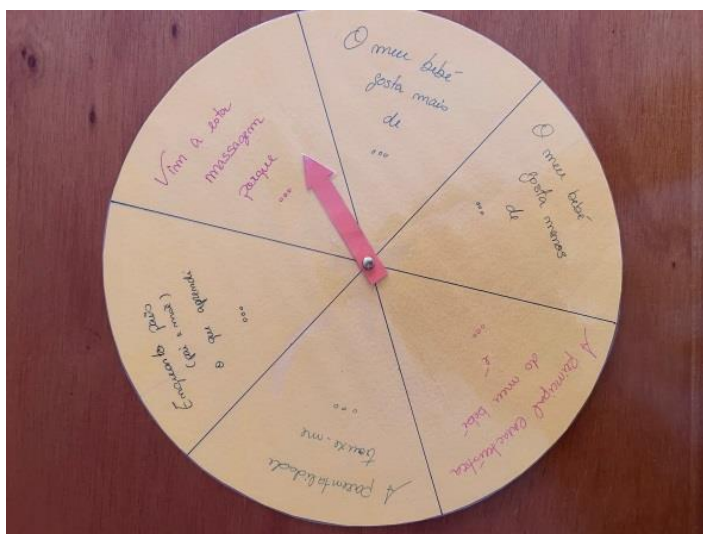
- 👶 Uma sala quente e tranquila;
- 👶 Luz suave; sem luz direta na face do bebé;
- 👶 Ambiente seguro e confortável;
- 👶 Posição relaxante com os materiais necessários com fácil acesso – toalha, óleo, descrição das técnicas.



## SESSÃO 3

**Quebra-Gelo:** Roleta com questões direccionadas aos pais (Parentalidade):

- O meu bebé gosta mais de ...;
- O meu bebé gosta menos de ...;
- A principal característica do meu bebé é ...;
- A parentalidade trouxe-me ...;
- Enquanto pais (pai e mãe) o que aprendi ...;
- Vim a esta massagem porque ...;



**Massagem Infantil:** Demonstração da técnica de massagem no Peito e Braços.

**Tema Discussão:** Os desafios e barreiras que a comunidade impõe à parentalidade, através da uma ilustração. Identificam-se com a imagem? Têm algumas situações que queiram partilhar? Sentiram que alguma vez questionaram a vossa parentalidade devido aos comentários e opiniões dos outros? Que estratégias adotaram para combater esta situação.



Na terceira sessão abordada os reflexos do recém-nascido; o papel do instrutor durante a massagem infantil através do esclarecimento de dúvidas, sugestões e ajuda no reconhecimento dos reflexos; descrição dos reflexos: moro, tónico cervical assimétrico, plantar, babinski, palmar, babkin, cardeais, reflexo de galant e de perez.

A ligação entre mãe e bebé muito mais presente, bebés mais tolerantes ao toque, com boa recetividade.

Em relação à família que suscitou mais dúvidas na primeira aula, observado um maior envolvimento por parte da mãe, mãe mais segura, afetuosa e colaborante. Participativa durante o curso, tanto na demonstração da técnica de massagem como na exposição dos seus sentimentos, emoções, dúvidas e receios. Realizado reforço positivo.

### 3º Panfleto

#### REFELXOS DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A MASSAGEM:

**BABINSKI:** Pressão suave na planta do pé desde o calcanhar aos dedos, fazendo com que estes se afastem e o dedo grande enrole-se.

**PALMAR:** Pressão ligeira na palma da mão, respondendo com o fecho dos dedos.

**BABKIN (MÃO À BOCA):** Pressão em ambas as palmas das mãos, os bebés reagem abrindo a boca.

**CARDEAIS:** um leve toque na bochecha ou estímulo no canto da boca, o bebé reage virando a cabeça em direção ao toque abrindo a boca de língua esticada, estando pronto para chuchar.



#### REFELXOS DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A MASSAGEM:

**MORO:** Um estímulo súbito que desencadeia a extensão dos braços e pernas, dedos abertos, corpo aberto e o bebé inspira. Logo de seguida, o bebé contrai os membros e os dedos fecham-se.

**REFLEXO TÔNICO CERVICAL ASSIMÉTRICO:** A cabeça do bebé vira para um lado e consequentemente a perna e o braço esticam para a mesma direção e o lado oposto mantém-se fletido.

**PLANTAR:** Um toque suave ou pressão aplicada na planta do pé faz com que os dedos se fechem.



#### REFELXOS DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A MASSAGEM:

**REFLEXO DE GALANT:** Mover um dedo na lateral da coluna num movimento de cima a baixo enquanto o bebé está deitado de lado ou de barriga para baixo, faz com que o mesmo reaja com flexão do corpo para o mesmo lado.



**REFLEXO DE PEREZ:** Mover um dedo sobre a coluna num movimento de cima a baixo enquanto o bebé está deitado de barriga para baixo, faz com que o mesmo realize flexão e extensão do corpo, levantando a cabeça e a pélvis.



Instrutora: Ana Luísa Figueira



#### O PAPEL DO INSTRUTOR DURANTE A MASSAGEM INFANTIL

É:

👤 Transmitir aos pais que os reflexos normais do bebé podem ser estimulados pela massagem;

👤 Sugerir formas para que os pais posicionem, segurem e transportem os bebés de maneira a melhorar a gestão dos reflexos durante a massagem;

👤 Ajudar a reconhecer quando a reação é causada por um reflexo ou por um sinal de rejeição;



## CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

3ª Sessão

*"A melhor parentalidade nasce de um amor simples. Os sábios sintonizam-se com a verdadeira necessidade da criança e seguem-na firmemente".*

Vimala McClure



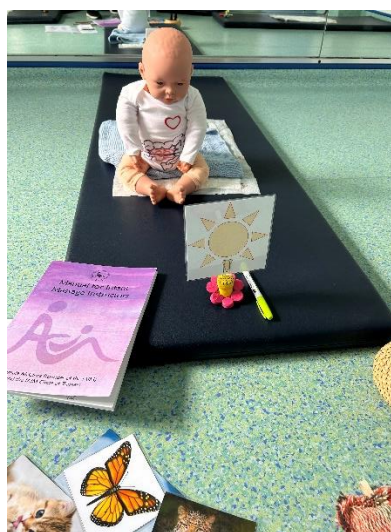
#### REFLEXOS

Um reflexo é uma resposta involuntária e automática a uma estimulação, e refletem a maturação do sistema nervoso central. Estes reflexos são fundamentais na sobrevivência para nutrir e proteger o bebé, sendo considerados fisiológicos nos primeiros meses de vida e desaparecem ou são substituídos por movimentos voluntários por volta dos seis meses.

|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| MORO             | REFLEXO TÔNICO CERVICAL ASSIMÉTRICO |
| PLANTAR          | BABINSKI                            |
| PALMAR           | BABKIN                              |
| CARDEAIS         | REFLEXO DE GALANT                   |
| REFLEXO DE PEREZ |                                     |

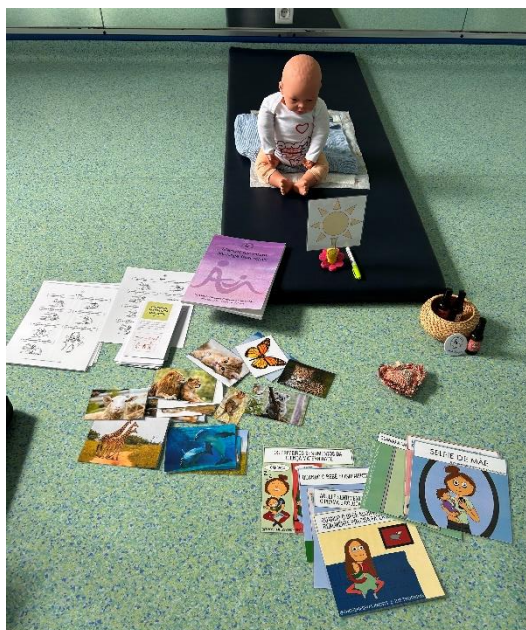
## SESSÃO 4

**Quebra-Gelo:** Entregue ilustrações sobre situações stressantes no dia-a-dia de uma recém-família. Quais as ilustrações que se identificam. Porquê e que estratégias utilizam.



**Massagem Infantil:** Demonstração da técnica de massagem na Cara e Costas.

**Tema Discussão:** Entregue diversas imagens de animais para os pais relacionarem as mesmas com os seus filhos, através das personalidades, feitos, comportamentos. Uma forma de relaxar e identificar se estes pais já começam a reconhecer mais os seus filhos.



Na quarta sessão abordado a temática da criança em desenvolvimento; a adaptação da massagem infantil para a criança em desenvolvimento: bebês que gatinham; início da marcha; idade pré-escolar; idade escolar e adolescentes.

Ambiente calmo e caloroso durante toda a sessão. Esclarecimento de dúvidas. Questionado a frequência com que têm realizado a massagem em casa, com boa receptividade por parte das famílias, sendo cada vez mais notório a receptividade dos bebês ao toque.

## 4º Panfleto

### CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR:

- Contar histórias e estimular a sua imaginação;
- Modificar o nome da “massagem infantil” para “massagem do herói / princesa” ou alguma personagem que admirem;
- Cantar canções ou utilizar rimas;
- Deixar que seja a criança a escolher a área a ser massajada.



### CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR:

- Permitir que a criança conte uma história enquanto faz a massagem;
- Adequar a técnica ao comprimento dos membros;
- Relacionar a massagem com os interesses e passatempos das crianças.



### INÍCIO DA MARCHA (2 ANOS):

- Utilizar técnicas relaxantes antes da criança ir dormir;
- Alterar o nome de “massagem infantil” para “massagem de menina(o) crescida(o)”;
- Ter consciência de que a criança poderá rejeitar determinadas áreas a massajar;
- Utilizar canções, rimas e jogos durante a massagem;
- Alterar a sua forma de pedir permissão, neste caso, oferecendo opção de que área vai ser massajada, para evitar uma resposta negativa.



### ADOLESCENTE:

- Respeitar a humildade;
- Considerar fazer uma massagem nos pés/mãos ou ombros, enquanto assiste um filme;
- Uma massagem poderá ser oferecida como pausa dos trabalhos de casa / estudo;
- Faça perguntas abertas para solicitar a partilha de pensamentos;
- Teça comentários positivos para ajudar a promover e aumentar a sua autoconfiança.

*O toque nutritivo não tem que terminar numa certa idade, pois a criança poderá precisar de conforto, contacto, construindo assim pontes de comunicação com os pais.*

Instrutora: Ana Luísa Figueira



## ADAPTAÇÃO DA MASSAGEM INFANTIL PARA A CRIANÇA EM DESENVOLVIMENTO:

### BEBÉS QUE GATINHAM:

- Atender sempre aos estádios comportamentais e considerar a melhor altura para massajar (alerta tranquilo);
- Preferencialmente massajar a parte do corpo que o bebé elege;
- Usar canções e ritmos;
- Adaptar a massagem à posição do bebé;
- Sentar o bebé ao colo para que este observe o que lhe rodeia;
- Momento lúdico e divertido;
- Utilizar brinquedos suaves para manter a atenção;
- Tentar massajar durante o banho.



## CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

4ª Sessão

*“Se não confia no processo dos seus filhos, eles não podem confiar em nada nem ninguém. A sua confiança neles, aumenta a sua confiança em si mesmos”.*

Vimala McClure



## A CRIANÇA EM DESENVOLVIMENTO

Como já discutido durante as sessões anteriores, o programa da IAIM foi criado para bebés até aos 12 meses, no entanto é nossa função enquanto instrutores, encorajar os pais a massajar o seu filho(a) por muito anos.

### O PAPEL DO INSTRUTOR É:

- Fornecer ferramentas e ideias aos pais, para estes adaptarem a massagem à medida que o bebé cresce.
- Informar aos pais que com a massagem estamos a transmitir amor, segurança, integridade e respeito;
- Pedir SEMPRE permissão.



## SESSÃO 5

**Quebra-Gelo:** Passar o coração de mão em mão e responder à seguinte questão:

“Se o vosso filho conseguisse falar, o que diria sobre o curso de massagem infantil?”



**Massagem Infantil:** Demonstração da técnica de Ginástica.

**Tema Discussão:** Esclarecimento de dúvidas. Reforço positivo a todas as famílias pela extraordinária aprendizagem, aquisição de conhecimentos sobre o seu bebé e o mundo do toque nutritivo.

Na quinta e última sessão abordado os termos de *bonding* e vinculação; os aspetos importantes sobre estes conceitos; os elementos do *bonding*: toque; expressões faciais e contacto visual; odor; voz; imitação/biorritmos; e os fatores de risco que poderão afetar o *bonding* e vinculação.

## 5º Panfleto

### ODOR

O sentido do olfacto desempenha um papel importante para o desenvolvimento do bebé, apresentando uma forte relação nas emoções e no desempenho de um papel crucial no *bonding*.

- Usados óleos sem perfume;

### VOZ; IMITAÇÃO/BIORRITMOS

O desenvolvimento da audição inicia-se *in utero*. A tríade passa os primeiros meses iniciais a imitarem-se mutuamente. Tornando-se fulcral para o bebé na descoberta do corpo e seus limites.

- Os pais são encorajados a contar e falar com o bebé durante a massagem;
- O bebé reconhece a voz dos pais e responde positivamente;
- Ritmo e consistência;
- Imitação de comportamentos encoraja a comunicação verbal e não-verbal.

### ELEMENTOS DO *BONDING* TOQUE

É o primeiro sentido a desenvolver-se *in utero*. Os bebés são totalmente dependentes do toque nutritivo dos seus pais/cuidadores. **Promove:**

- A libertação de hormonas que criam comportamentos de amor, tolerância e empatia;
- O relaxamento tanto do bebé como dos pais;
- Respostas adequadas;
- Comunicação, tornando o toque uma linguagem facilmente perceptível pelo bebé.

### EXPRESSÕES FACIAIS E CONTATO VISUAL

- Um meio de comunicação;
- Uma interacção que fornece feedback positivo;
- Fundamental para o desenvolvimento dos sistemas fisiológico e emocional do bebé.

### FATORES DE RISCO QUE PODERÃO AFETAR O *BONDING* E VINCULAÇÃO:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Depressão pós-natal;            | Isolamento social;                 |
| Prematuridade                   | Incapacidade/necessidade especiais |
| Experiência de parto desafiante | Separação/divórcio                 |
| Luto                            | Violência doméstica                |
| Bebé indesejado                 | Negligência (...)                  |

Uma dança que promove confiança, amor e intimidade. Processo fundamental para o desenvolvimento de capacidades humanas como a empatia, compaixão, tolerância e respeito.

### *BONDING* E VINCULAÇÃO

Instrutora: Ana Luísa Figueira



### ASPETOS

#### IMPORTANTES:

- *Bonding* é um processo duradouro e não um acontecimento;
- O programa da IAIM aumenta o *bonding* e a vinculação;
- A massagem infantil influencia positivamente o *bonding* e a vinculação, criando sentimentos de intimidade, confiança e amor, respondendo às necessidades do bebé com consistência;
- A qualidade do *bonding* e da vinculação entre os pais e o bebé influencia a qualidade das relações presentes e futuras.



## CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

5ª Sessão

"Saber como as coisas funcionam é útil para si. Mas lembre-se, as mães têm sido mães desde o início dos tempos, e parece que no fim funciona sempre."

Vimala McClure



### *BONDING* E VINCULAÇÃO

A principal finalidade do programa de massagem infantil da IAIM é enaltecer a relação recíproca e vital entre a tríade, mãe-pai-bebé. As experiências precoces, ricas e positivas são a base para um bom futuro.

### *BONDING*

Uma relação única entre duas pessoas que é específica e perdura no tempo. Processo que começa *in utero* e permanece em crescimento após o nascimento, estando o bebé e os pais receptivos ao mútuo conhecimento e descoberta.

Toque

Expressão facial e Contacto visual

Odor

Voz

Choro

Imitação e Biorritmos

## CONCLUSÃO DO CURSO DE MASSAGEM INFANTIL

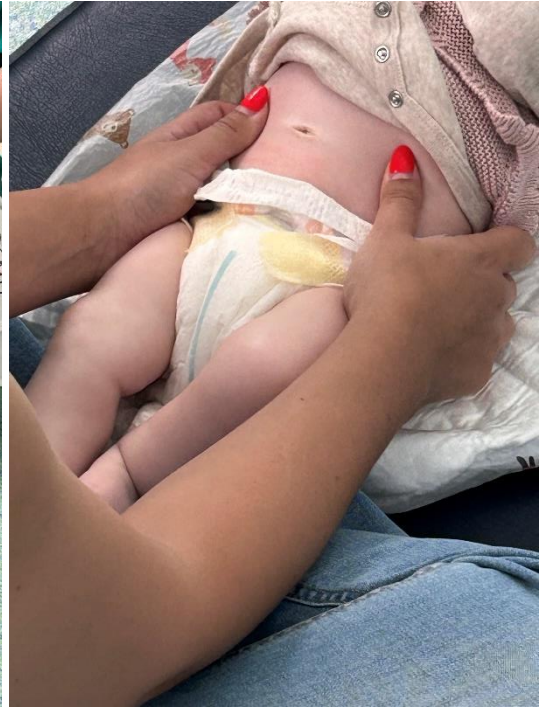
Famílias mais unidas, com vinculação presente. Bebés recetivos ao toque através da massagem, mais calmos, com períodos de sono mais frequente. Mães e pais mais empoderados sobre estratégias de *coping* a adotar durante momentos de maior stress e ansiedade, choro e carência de sono.

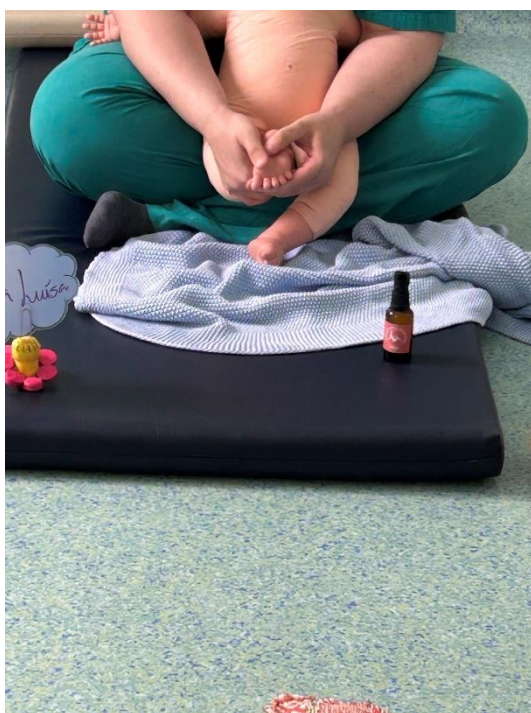
Termino o curso com sensação de missão cumprida, onde o toque nutritivo perdurará nestas famílias, onde estes bebés serão bebés mais recetivos ao toque, e saberão distinguir o toque “bom” do “desagradável”.



## FOTOGRAFIAS DO DECORRER DAS SESSÕES









## DIPLOMA DE CONCLUSÃO DO CURSO

