



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de**  
**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Massagem Infantil - Contributos do Enfermeiro  
Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na promoção  
das competências parentais**

**Inês Santos Martins-Correia**

**Lisboa**

**2016**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de**  
**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Massagem Infantil - Contributos do Enfermeiro  
Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na promoção  
das competências parentais**

**Inês Santos Martins-Correia**

Orientador: Professora Doutora Maria Manuela Soveral

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Por vezes, os pais pensam que é preciso dar-lhes o mundo,  
mas muitas vezes esquecem-se que para elas, o mundo são eles mesmo.

E isso é o que as crianças verdadeiramente precisam.”

(OE, 2010)

## DEDICATÓRIA

À Natureza endiabrada, que me desafiou a escolher este caminho e me atormentou durante todo o percurso (ora toma! hehe).

À Leonor, que foi a colega mais especial que poderia ter tido... e também porque sou(e me torno a cada dia) muito melhor Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria porque tenho a sorte de ser a sua mamã.

À minha mãe, ao meu pai, à minha irmã Sofia, à minha Kiki, à Biggy, aos meus avós ... a minha família, as minhas pessoas, as mãos que sempre me cuidaram e, com naturalidade, me ensinaram a importância do amor, da família e do toque.

Ao André, que abraçou comigo este tão grande desafio e a quem fico a dever tantas horas e tanta disponibilidade.

À Senhora Professora Doutora Maria Manuela Soveral, sempre disponível, sempre paciente, sempre confiante... e “por tudo o que nós sabemos”

A todos os pais e a todos os “pequenos” de quem tive a honra e o privilégio de poder cuidar ao longo deste caminho, e que me ajudaram, cada um de maneira única, a desenvolver as minhas competências neste âmbito e a valorizar cada vez mais a vida e o meu trabalho.

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

BSI: Boletim de Saúde Infantil

BV: Boletim de vacinas

CCEE: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCF: Cuidados Centrados na Família

CE: Consulta de Enfermagem

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEEESIP: Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CP: Consulta de Pediatria

CEEEESCJ: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

DGS: Direção Geral de Saúde

EE: Enfermeiro Especialista

EESIP: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ER: Estágio com Relatório

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FBGP: Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família

ICN: *International Council of Nurses*

INE: Instituto Nacional de Estatística

IP: Internamento de Pediatria

MTP: modelo *Touchpoints*

OE: Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SIP: Serviço de Internamento de PuérperasUSF: Unidade de Saúde Familiar

SUP: Serviço de Urgência Pediátrica

TP: *Touchpoints*

UCIIN: Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

## RESUMO

O presente relatório de estágio, que surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretende evidenciar as competências comuns e específicas adquiridas e/ou desenvolvidas pelo enfermeiro-estagiário na prestação de cuidados de Enfermagem à criança e família em diversos contextos de estágio.

Transversal a esse ensino clínico e a este relatório, está uma problemática cada vez mais discutida e emanada da prática diária de cuidados de Enfermagem: A massagem infantil – Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na promoção das competências parentais.

Para além dos seus inúmeros e reconhecidos benefícios fisiológicos, através da massagem ao bebé, pais e filhos vão-se conhecendo cada vez melhor, constituindo-se os momentos de massagem como espaços-tempo de partilha, de convívio e de disponibilidade total para se relacionar e aprender na relação, identificando cada vez melhor as pistas que o outro vai dando, muitas vezes através da linguagem corporal.

Tendo em conta os avanços no conhecimento do desenvolvimento infantil, da importância dos primeiros anos de vida, da importância da relação precoce entre pais e filhos e da importância da família como pilar básico na estrutura da sociedade, o ensino da massagem infantil aos pais em transição para a parentalidade pode (e deve) ser visto hoje como uma intervenção de enfermagem especializada e promotora das competências parentais, com vista à obtenção de ganhos em saúde da criança e da família. Essa visão, que aqui se pretende transmitir, pressupõe uma transformação no trabalho diário com as famílias alvo dos cuidados de Enfermagem, ao focar-se essencialmente nas suas forças e ao assumir uma postura colaborativa e um envolvimento empático com essas mesmas famílias, conforme propõe o modelo *Touchpoints* de T. Berry Brazelton.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista, Enfermagem Pediátrica, Promoção da Saúde, Pais, Massagem, Criança

## **ABSTRACT**

This internship report, which appears in the Master's Course in Nursing - Specialization in Infant and Pediatric Health Nursing, aims to highlight the common and specific skills acquired and/or developed by the nurse-trainee in providing nursing care the child and family in various stage settings.

Cross this clinical teaching and this report is an increasingly discussed and problems emanating from the daily practice of nursing care: Infant Massage – The Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health's contributes in promoting parenting skills.

In addition to its numerous physiological benefits (motor development, improved intestinal absorption and growth, stimulation of the cardiovascular and respiratory system, reduction of pain, improved response of the immune system, among others), through massage to the baby, parents and children will know each other better, building up the massage moments like sharing of space-time, social and total availability to relate and learn the relationship, identifying better and better the tracks that the other is giving, often through body language.

Given the advances in knowledge of child development, the importance of the early years of life, the importance of early relationship between parents and children and the importance of family as a basic pillar in the structure of society, the teaching of infant massage to parents in transition to parenthood can (and should) be seen today as a specialized nursing intervention and promoter of parenting skills, in order to obtain gains in child health and family.

This view here is intended to convey requires a transformation in the daily work of nursing care with the target families, focusing mainly on their strengths and take a collaborative approach and an empathic involvement with these same families, as proposed by the *Touchpoints* Model of T. Berry Brazelton.

**Key words:** Nurse specialist, health promotion, parents, massage, child

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. QUADRO CONCETUAL.....</b>	<b>14</b>
1.1. A família em transição para a parentalidade.....	14
1.2. O desenvolvimento infantil e a parentalidade segundo o modelo <i>Touchpoints</i> . .....	19
1.3. A massagem infantil - muito mais do que uma técnica .....	22
1.4. (Re)Pensando os cuidados de enfermagem às famílias em transição para a parentalidade .....	26
<b>2. CUIDANDO, (RE)PENSANDO E APRENDENDO .....</b>	<b>33</b>
2.1. Consulta de Pediatria (CP).....	34
2.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).....	42
2.3. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).....	46
2.4. Internamento de Pediatria Médica . 1ª Infância (IPM) .....	50
2.5. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) .....	55
2.6. Das Competências Adquiridas.....	58
<b>3. DOS PROJETOS FUTUROS.....</b>	<b>62</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>

## ANEXOS

**ANEXO I** - Princípios e Pressupostos do Modelo *Touchpoints*

**ANEXO II** - Tabela de Registos de Enfermagem CP

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Cronograma

**APÊNDICE II** - Diário de Campo CP

**APÊNDICE III** - Poster e panfleto CP

**APÊNDICE IV** - 1º Encontro UCF - Alguns apontamentos

**APÊNDICE V** - Sessão de formação em contexto de trabalho UCSP (documentos vários)

**APÊNDICE VI** - Poster e Panfleto UCSP

**APÊNDICE VII** - Sessão de Educação para a Saúde UCSP (documentos vários)

**APÊNDICE VIII** - Diário de Campo UCSP

**APÊNDICE IX** - DVD com vídeo promocional do toque e da massagem ao bebê

**APÊNDICE X** - Diário de Campo SUP

**APÊNDICE XI** - Panfleto com protocolo de massagem IPM

**APÊNDICE XII** - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde IPM

**APÊNDICE XIII** - Diário de Campo IPM

**APÊNDICE XIV** - Sessão de formação em contexto de trabalho UCIP (documentos vários)

**APÊNDICE XV** - Agradecimentos

## **INTRODUÇÃO**

O relatório que aqui se inicia surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrante do Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEEESIP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este relatório constitui-se como uma descrição sucinta, organizada e reflexiva do estágio realizado, ou seja, dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família nos diferentes contextos profissionais de estágio e das competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo desse percurso. Em suma, espelha-se aqui e para memória futura, o enquadramento conceptual da minha prática e o meu percurso formativo de enfermeiro generalista a enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Transversal ao estágio em questão e respetivos cuidados prestados, bem como a este relatório, está a temática que previamente escolhi e apresentei sob a forma de Projeto de Estágio: A Massagem Infantil - Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na promoção das competências parentais.

O estágio desenvolveu-se, portanto, em torno da premissa de que, no âmbito dos cuidados de Enfermagem, o ensino da massagem infantil aos pais em transição para a parentalidade pode e deve ser visto como uma intervenção de enfermagem especializada e promotora das competências parentais, promovendo-se, assim, a saúde da criança e da família como um todo.

Essa temática emanou da minha prática diária de cuidados e da auscultação da equipa multidisciplinar do Serviço de Internamento de Puérperas (SIP) no qual exercia funções à data do estágio. Materializa a importância de perspetivar as situações diárias de cuidados como fontes de problemas reais, sobre os quais é muito importante refletir no sentido da aprendizagem e da (re)perspetivação da minha prática de cuidados, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de nível de especialista. Quer nas passagens de turno, quer nas discussões em equipa, enfermeiros, médicos, psicólogos e assistente social do SIP fazem

sobressair frequentemente o sentimento de insegurança referido por muitos pais face às suas competências nos cuidados ao seu filho recém-nascido. Também os próprios profissionais dizem identificar frequentemente dificuldades a esse nível por parte dos pais, sentindo necessidade de investir, enquanto equipa, na promoção dessas mesmas competências parentais.

O contexto académico, de estudo das competências (comuns e específicas) do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP)<sup>1</sup> despertou, então, a minha atenção para a responsabilidade de intervir nessa problemática enquanto futura EESIP, principalmente pelas cinco razões que explico nos parágrafos seguintes.

Foram importantes as múltiplas implicações do atual contexto socioeconómico português na saúde das famílias em transição para a parentalidade, muitas das quais monoparentais e/ou afastadas das suas famílias de origem em consequência da imigração ou da recente emigração jovem. Muitas famílias jovens não têm qualquer suporte familiar na sua zona de residência. Hoje (a história repete-se), muitos “recém-pais” vêem-se forçados a deixar as esposas/companheiras e os filhos ainda bebés em Portugal enquanto imigram para trabalhar e sustentar essa “nova família”. A transição para a parentalidade e o desenvolvimento das competências parentais tornam-se, nesse contexto, cada vez mais difíceis, com consequências na saúde da criança e família.

Foi, também, basilar a consciência, emanada da minha prática de cuidados no Serviço de Internamento de Puérperas e confirmada pela evidência científica, do impacto positivo dos cuidados de enfermagem especializados nas famílias em transição para a parentalidade. Por um lado, todas as famílias anseiam pela oportunidade para melhorar o futuro das suas crianças (Brazelton, 1995). Por outro lado, e em consequência do contexto atrás referido, o cada vez menor suporte informal a estas famílias em transição dá ainda mais relevância à intervenção dos prestadores de suporte formal, como é o caso dos enfermeiros (Dias et al, 2007; Graça, 2006). Neste sentido, o EESIP é um dos profissionais que melhor conhece as necessidades, preocupações e especificidades da criança e família, pelo que está numa posição privilegiada

---

<sup>1</sup>Tendo em conta a denominação da área de especialização em questão, optou-se por utilizar a designação de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) para referenciar o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

para intervir junto dos mesmos, por exemplo, na promoção das suas competências parentais (Graça, 2006; OE, 2010).

Estudando e pensando sobre tudo isto, tomei cada vez mais consciência da necessidade de os enfermeiros refletirem sobre sua prática diária, tendo em conta as reais e atuais necessidades das famílias em transição para a parentalidade, e de abraçarem os novos desafios profissionais que essas acarretam. É fundamental que os enfermeiros, em particular os EESIP, permitam que essas novas necessidades constituam “(...) alavancas decisivas de mudanças nos modelos dos exercícios profissionais na área da saúde, nomeadamente nos modelos de exercício profissional dos enfermeiros.” (Silva, 2007, p. 14). Desta forma, estarão a contribuir para a importante adequação dos cuidados de saúde prestados e dos próprios sistemas de fornecimento desses cuidados (Silva, 2007).

Não menos importante, a referida necessidade de dar resposta às próprias necessidades dos pais em cuidados de enfermagem promotores das suas competências parentais suscitou a minha criatividade e aliou-se, então, ao meu interesse pessoal e profissional pela massagem infantil e pelos cuidados de enfermagem às famílias em transição para a parentalidade propostos pelo modelo *Touchpoints* (MTP). A massagem infantil e a perspetiva do MTP foram incluídas neste projeto na medida em que consolidam o desafio de repensar e construir novas intervenções de enfermagem e novas formas de relacionamento entre o EESIP e a família em transição para a parentalidade, com a finalidade de promover a saúde familiar e a saúde infantil. Vale a pena relembrar, também, o papel decisivo das primeiras experiências e da interação pais-bebé durante o primeiro ano de vida da criança (Duarte, 2007). Por seu lado, e para além dos comprovados benefícios diretos da massagem para o bebé (Bárcia, 2010; Clarke, Gibb & Davidson, 2002; Field, 2002; Underdown, 2009), os programas de massagem infantil também apresentam benefícios para os pais, aumentando o conhecimento do seu filho, a sua confiança e a qualidade da interação pais-bebé (Griffin, 2000).

Por último, não pude desvalorizar a necessidade premente de os enfermeiros, individualmente e enquanto classe, defenderem a sua área específica de intervenção e promoverem a consistência e visibilidade do seu agir profissional junto dos clientes dos cuidados de enfermagem, da equipa multidisciplinar de saúde e da sociedade em geral. Passo a passo, intervenção a intervenção, o EESIP contribuirá para a construção de uma

representação social digna da Enfermagem enquanto profissão, enquanto arte e enquanto ciência.

Precisamente nesta ordem de ideias, defini como finalidade do estágio em questão *Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família nos diferentes contextos de atuação e no âmbito das competências do EESIP*. Esse contributo passaria (e passou) pelo desenvolvimento das minhas próprias competências e pela promoção da reflexão a esse respeito no seio das equipas de Enfermagem que me foram acolhendo ao longo do estágio, nomeadamente no que toca aos cuidados de enfermagem promotores das competências parentais por via do ensino da massagem infantil.

Neste relatório, o meu percurso formativo vai sendo apresentado sob a forma de quatro capítulos:

- . o primeiro apresenta o Quadro Conceptual que sustentou e impregnou os cuidados prestados durante o estágio;

- . o segundo - Cuidando, (Re)Pensando e Aprendendo - aborda as atividades realizadas e os objetivos concretizados ao longo do estágio (apêndice XV), sempre com vista ao desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CEEEESCJ);

- . o terceiro capítulo promove a esperança na continuidade desse percurso iniciado no curso, deixando em aberto a possibilidade de Projetos Futuros;

- . o quarto capítulo apresenta algumas considerações finais a respeito do percurso formativo De enfermeiro generalista a enfermeiro especialista.

As referências bibliográficas seguem a norma APA sugerida pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e os anexos e apêndices que se lhe seguem pretendem complementar e enriquecer os conteúdos apresentados, já que são, na sua grande maioria, documentos por mim elaborados no contexto das atividades implementadas em cada módulo do estágio.

## 1. QUADRO CONCETUAL

Fortin (1999, p. 39) esclarece que conceptualizar refere-se a “(...) um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo.” Ora, este primeiro capítulo pretende, precisamente, dar a conhecer a conceção que sustentou todo esse processo, confirmando ainda a pertinência da temática escolhida enquanto foco de atenção para a prática do EESIP.

### 1.1. A família em transição para a parentalidade

Tornar-se pai ou mãe é uma transição decisiva porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações, não só na saúde dos próprios pais, mas também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças.  
(Mercer, Ferketick, & DeJoseph, 1993)

O conceito de transição deriva do latim *transire* e significa atravessar, cruzar, passar de um estado ou condição para outro, estando, então, necessariamente relacionada com a mudança e o desenvolvimento. Meleis & Trangenstein (1994, p.256) definem transição como “(...) a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente.” Este último pressuposto significa que todas as transições envolvem mudança. Todavia, nem todas as mudanças estão relacionadas com transições, isto é, as transições podem ser o resultado da mudança e podem resultar em mudança (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000).

A identidade da(s) pessoa(s) pode estar ameaçada durante um acontecimento de mudança, surgindo a necessidade de a reconstruir com base nos novos papéis e responsabilidades (Magalhães, 2011). Importa referir que a transição deve ser considerada

como essencialmente positiva, ou seja, após passar este período de transição, a pessoa alcança uma maior estabilidade comparativamente ao período anterior.

A transição pertence ao domínio da enfermagem quando estas mudanças fazem parte dos campos de saúde ou doença, ou quando as respostas a esta transição se manifestam nos padrões de saúde da pessoa (Chick e Meleis, 1986). Efetivamente, as transições têm vindo a ser consideradas, cada vez mais, como um conceito central da enfermagem porque os clientes que se encontram a viver um processo de transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos e, por conseguinte, a verem a sua saúde atingida (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000). Esta maior vulnerabilidade deve-se ao facto de os indivíduos não saberem como agir perante uma situação que nunca vivenciaram e de se sentirem inseguros perante uma nova situação. É precisamente isso que se verifica nas famílias em transição para a parentalidade. Rocha *et al* (2007) acrescenta, ainda, que esperar um filho é um dos acontecimentos mais importantes da vida do casal e é desafiador para a sua maturidade e estrutura psíquica.

Nesta ordem de ideias, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define parentalidade como ação de

tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (ICN, 2011, p. 66).

A ação de parentalidade envolve vinculação, adaptação à parentalidade e educação da criança.

“A parentalidade tem sido descrita como um dos temas de saúde com maior relevância na sociedade actual.” (Magalhães, 2011, p. 20). Sabe-se que o exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência ou alteração pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança e culminar no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett e Bullock, 2006).

A transição para a parentalidade é uma experiência quase universal, sendo uma das mais habituais transições desenvolvimentais (Schumacher & Meleis, 1994). É o processo de transformação individual, conjugal e social (Ramos, 2005), pelo qual os pais redefinem a sua identidade enquanto pais e desenvolvem competências para fazer face às mudanças e necessidades desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença do seu filho (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000).

Apesar de todas as transições serem responsáveis por mudanças na vida das pessoas e terem implicações importantes na sua saúde e bem-estar (Schumacher & Meleis, 1994), tornar-se pai ou mãe é uma transição decisiva porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Mercer, Ferketick, & DeJoseph, 1993). Talvez por isso, e “De uma forma geral, a sociedade espera que os homens e as mulheres assumam as suas funções de pais e mães sem grandes angústias, como algo que esteja previamente programado, assumindo um carácter exclusivamente biológico”. (Cruz, 2001, p. 1). Sabe-se, hoje, que essa perspetiva é excessivamente reducionista.

Cardoso (2011) refere que a transição para a parentalidade é influenciada pelos contextos das mães e dos pais, particularmente no que se refere ao apoio familiar e ao suporte social. Sarason (1983) citado por Pais-Ribeiro (1999, p. 547) define suporte social “como a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”. Esse suporte é informal quando é facultado por elementos da família, vizinhos, amigos ou grupos de ajuda, constituindo-se a família como a principal fonte de suporte social, uma vez que entre si os seus membros fornecem apoio emocional e instrumental (Dias et al, 2007).

O suporte familiar e o apoio dos amigos facilitam a transição para a parentalidade, nomeadamente a nível emocional, na ajuda nas tarefas domésticas e no cuidado à criança, sendo recursos que permitem aos pais ultrapassar esta situação indutora de stress pela ativação de estratégias de *coping*. Segundo Reis (2011), a estratégia de *coping* mais utilizada foi, efetivamente, a procura de suporte social.

Todavia, nos dias de hoje, a família de origem/família alargada e os amigos nem sempre podem ser perspetivados como recursos e suporte social das famílias em transição para a parentalidade pelo facto de se encontrarem geograficamente distantes. “É cada vez mais frequente as famílias atuais serem predominantemente nucleares (...).” (Silva, 2006, p. 19). De facto, a vivência da parentalidade e da transição para a parentalidade atualmente apresentam contornos diferentes dos de há alguns anos atrás. Antigamente, vivia-se em famílias alargadas, pelo que a aprendizagem se fazia de uma forma mais natural e no contexto da referida família alargada, que estava sempre presente para apoiar os futuros/novos pais. Nos nossos dias, muitos casais vivem distanciados da família de origem, sentindo, por isso, maiores dificuldades nesse processo de transição e no desenvolvimento das suas competências parentais (Reis, 2011; Silva, 2006; Bayle, 2006).

Tendo em conta que não têm muitas oportunidades de aprender no seio da família de origem, Lederman (1984) e Vehvilainen-Julkunen (1995) citados por Graça (2010) referem que o treino de competências parentais e de mecanismos de *coping* através de programas específicos se constituem como um importante recurso das mulheres em transição para a parentalidade.

Para que os enfermeiros possam ser um verdadeiro recurso das famílias em transição para a parentalidade, constituindo-se como uma forma de suporte social formal, estes devem mobilizar as teorias e os saberes específicos da enfermagem, que lhes permitem centrarem-se nas respostas humanas às transições para melhorar as suas respostas às necessidades específicas dessas famílias.

Os pressupostos da teoria de médio alcance proposta por Afaf Meleis - Teoria das Transições – tem vindo a ser abordada ao longo deste texto. Essa teoria permite uma visão mais aprofundada sobre as transições que as pessoas vivenciam, proporciona linhas orientadoras mais específicas para a prática do enfermeiro e orienta para questões de investigação mais sistemáticas e coerentes. Segundo a própria autora, o seu uso pode orientar a necessária pesquisa para descobrir os níveis e a natureza das vulnerabilidades durante a transição (Meleis, 2005).

Segundo essa teoria, existem quatro tipos de transição - de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais -, que podem ser simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas entre si (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000). O processo de transição para a parentalidade, segundo Meleis (2010), pode ser considerado uma transição de desenvolvimento, pois é um acontecimento natural no ciclo vital. No entanto, pode enquadrar-se também nas transições situacionais se, por exemplo, o recém-nascido tiver de ser internado, surgindo alterações no desempenho de papéis por parte do casal e traduzindo uma transição de saúde-doença.

As transições são complexas e multidimensionais, apresentando cinco propriedades essenciais, comuns a todas as transições: a consciência da transição; o envolvimento com a transição; a mudança e a diferença; a temporalidade/período de tempo; os eventos e pontos críticos<sup>2</sup>. A relação entre essas diferentes propriedades é, então, um processo complexo (Meleis, 2010).

As condições que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as consequências da transição são: condições pessoais (significados, crenças e atitudes, *status* socioeconómico, preparação e conhecimento prévio das possíveis mudanças e estratégias a utilizar durante esse período), recursos sociais (apoio material e psicológico dos familiares e amigos, partilha de experiências e conhecimentos) e recursos da comunidade (onde se incluem os serviços de saúde) (Meleis, 2010).

No que se refere aos padrões de resposta, Meleis e seus colaboradores (2000) afirmam que, para um indivíduo ou família desenvolver um processo de transição saudável, tem de se sentir ligado (*feeling connected*), interagir e desenvolver confiança. Os estudos desenvolvidos permitiram identificar dois indicadores de resultado: o domínio de novas competências para controlar a transição e o desenvolvimento de uma nova identidade dinâmica. A transição saudável caracteriza-se pela capacidade de o indivíduo demonstrar o domínio de novas competências e comportamentos necessários para ultrapassar novas situações e/ou ambientes (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000).

---

<sup>2</sup> No original: awareness, engagement, change and difference, time span, critical points e events

À luz desta teoria, apesar de a transição para a parentalidade *per si* se tratar de uma experiência quase universal e muito habitual como acima se referiu, o enfermeiro deve ter também em conta que, enquanto processo de transição, essa não se processa sempre da mesma forma, podendo ser inibida ou facilitada consoante a influência de vários fatores (Meleis, 2010). Por outro lado, “os enfermeiros necessitam de considerar todos os padrões/modelos de transição significativos na vida do indivíduo ou da família e não focar-se somente num tipo específico de transição.” (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000, p.18).

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e famílias que estão a passar por processos de transição, prestando-lhes cuidados antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2005). O enfermeiro assiste às mudanças e exigências que as transições provocam, procura compreender as experiências parentais, ajuda os pais na preparação para as transições iminentes e facilita o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas. É, contudo, importante relembrar a importância de prestar cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos indivíduos e das famílias (Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000).

## **1.2. O desenvolvimento infantil e a parentalidade segundo o modelo *Touchpoints***

“(…) os profissionais devem ser sensíveis aos conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento infantil e desejosos de ver todos os pais ter sucesso.”

(tradução livre de Brazelton, 1996 *cit in* FundaçãoBrazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família, 2014)

Segundo Brazelton (2005), os primeiros três anos de vida da criança são fundamentais na construção dos alicerces do seu futuro, sendo o papel dos pais fundamental para que esses alicerces sejam sólidos. Por outro lado, é o próprio comportamento da criança que fornece as

melhores pistas para fortalecer a relação pais-filho. Neste contexto, os pais procuram nos profissionais de saúde infantil e pediatria ajuda para encontrar o ponto de equilíbrio entre o conhecimento e o stress de ser pai.

Nos anos 70, Brazelton criou o conceito de *Touchpoints* (TP) enquanto modelo filosófico que explica o desenvolvimento humano, modelo esse fomentado e difundido em Portugal pela Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família (FBGP). O MTP perspetiva o desenvolvimento infantil em torno de momentos-chave, focado no bebé/na criança e centrado na família, e visa potenciar a competência parental na construção da relação pais-filhos e criar uma aliança entre os pais e os profissionais que fazem parte do seu sistema (FBGP, 2014).

Este modelo nasceu do pressuposto de que é muito exigente e difícil educar uma criança, já que cada criança é única e o seu desenvolvimento não segue uma trajetória linear. Podem existir momentos de retrocesso e desorganização, nos quais os pais se sentem frustrados e duvidam das suas capacidades parentais. Assim, e apesar de a parentalidade ser uma tarefa apaixonante, viver com uma criança em constante desenvolvimento e adaptar-se a todo o processo de ser pai/mãe é inevitavelmente acompanhado por sentimentos positivos e negativos e por emoções intensas.

Este modelo relacional e de intervenção permite, então, entrar no mundo pais-criança, possibilitando ao profissional entrar em contacto com a vida emocional dos pais. Assim, este modelo apoia o desenvolvimento infantil e da parentalidade ao prevenir o “desassossego”, respeitar as vulnerabilidades e valorizar as forças intrínsecas a cada criança e a cada família. O MTP assenta, portanto, nos aspetos positivos, nas forças e nas competências das crianças e dos seus pais e enfatiza a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre pais e filhos e entre pais e profissionais em momentos-chave. Os cuidados antecipatórios podem, nesta perspetiva, facilitar a resposta parental (Brazelton, 1995).

Cada um dos treze TP propostos por Brazelton é um período previsível de desorganização no desenvolvimento infantil, ao qual se segue a reorganização. Verificam-se movimentos regressivos, seguidos de surtos evolutivos e depois de pausas no

desenvolvimento da criança. Os surtos evolutivos verificados numa determinada área de desenvolvimento frequentemente causam alterações noutras áreas, nomeadamente nas competências já adquiridas (Brazelton & Sparrow, 2006). As pausas permitem consolidar as novas aprendizagens.

Como já foi referido, essa desorganização da criança induz frequentemente stress e perturbação nas relações e dinâmica familiar, podendo levar à desorganização dos próprios pais e do sistema pais-criança. Por essa razão, cada TP também deve ser visto pelos profissionais como uma oportunidade para se aliarem aos pais e intervir na interação pais-criança, promovendo-se desta forma o desenvolvimento quer da criança, quer da família.

Nesta ordem de ideias, “este modelo pressupõe uma transformação no trabalho com as famílias ao focar-se nas suas forças e ao assumir uma postura colaborativa e um envolvimento empático.” (FBGP, 2014). Esta mudança de atitude é sustentada por oito princípios orientadores da atuação dos profissionais e por seis pressupostos parentais, que o profissional deve ter sempre em mente e que se apresentam em anexo (anexo I). Para a abordagem de cada um dos treze TP, existem três aspetos essenciais:

- . Os pontos-chave, que são os assuntos mais importantes a serem discutidos com os pais em cada TP;

- . As potenciais oportunidades para a prática, que são situações e acontecimentos aos quais os profissionais devem estar atentos em cada TP e aproveitar para iniciar ou fortalecer a relação e a aliança com os pais;

- . Os guias antecipatórios, que sugerem os aspetos do desenvolvimento da criança potencialmente stressantes em cada TP e cuja discussão com os pais pode promover a tranquilidade dos mesmos face a esses aspetos do desenvolvimento.

Este modelo aplica-se desde a gravidez (nomeadamente sétimo mês) e mantém-se ao longo do desenvolvimento da criança, “(...) tendo como paradigma o recém-nascido e uma estratégia prática que promove os alicerces vitais para um desenvolvimento mais saudável. Para alcançarem melhores resultados, as crianças precisam de ter pais convictos das suas competências e capacidades.” (FBGP, 2014).

Através da implementação deste modelo, o profissional transmite aos pais que eles conhecem muito melhor o seu filho do que qualquer outra pessoa no mundo e valoriza o papel e as competências parentais. Assim, o profissional ajuda os pais a tornarem-se e sentirem-se mais confiantes e os próprios pais transmitem essa confiança à criança, promovendo o seu bem-estar e desenvolvimento. Por outro lado, os próprios profissionais vivenciam sensações de bem-estar e de sucesso quando utilizam esta filosofia de cuidados e transmitem-no à criança e à família, o que por si só vai influenciar positivamente a criança e os pais (Brazelton, 1999).

O MTP preconiza, ainda, a articulação e a criação de uma linguagem comum entre os profissionais e os serviços de saúde, educação e sociais para responder às necessidades das crianças e das suas famílias (FBGP, 2014). Posto tudo isto, o MTP tem vindo a modificar cada vez mais “(...) o modo de intervenção dos profissionais envolvidos com a criança, enquanto educadores que aprendem a privilegiar, assumidamente, a relação Bebé-Família.” (FBGP, 2014).

### **1.3. A massagem infantil - muito mais do que uma técnica**

“O melhor conselho que posso dar como pediatra é que experimentem  
as técnicas descritas neste livro.”  
(tradução livre do prefácio escrito por Stephen Berman in McClure, 2001)

A história da massagem tem raízes nas antigas civilizações (chinesa, indiana, egípcia e grega) e em muitas culturas pelo mundo fora. A utilização das mãos com fins curativos faz da massagem uma das técnicas de tratamento mais antigas do mundo. Por exemplo, na Índia a massagem constitui-se ainda como uma tradição, passando de geração em geração, de mãe para filha (Government of India, 2014).

O mundo ocidental foi deixando perder-se ao longo dos anos o contacto físico pele com pele (Bárcia & Sá, 2010). Ainda assim, muitos dos rituais de massagem sobreviveram ao

passar dos tempos, tendo servido como fonte de inspiração das sociedades ocidentais, que também os utilizam hoje para comunicar, aliviar a dor ou o desconforto, facilitar o processo de cura e proporcionar um estado de bem-estar físico e psicológico, como explica a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008).

O tato é o primeiro sentido do feto a desenvolver-se. A sua pele é estimulada, por exemplo, pelo movimento do líquido amniótico e pela pressão da parede uterina materna. Efetivamente, começamos cedo a ser tocados e a tocar, sendo o tato o único sentido sem o qual não podemos sobreviver, já que “(...) é uma das necessidades mais básicas do ser humano e ocorre em todas as culturas.” (OE, 2008, p.1). O tato e o toque são, então, muito importantes no desenvolvimento dos bebés e ao longo de toda a sua vida (Bárcia & Sá, 2010).

Através da massagem ao bebé, pais e filhos vão-se conhecendo cada vez melhor, construindo-se aquele momento como um momento de partilha, de convívio e de disponibilidade total para se relacionar e aprender na relação, aprendendo a identificar as pistas que o outro vai dando, muitas vezes através da linguagem corporal (Bárcia & Sá, 2010).

Para que a massagem traga benefícios aos pais, ao bebé e à relação entre eles, “(...) não existem receitas nem regras fixas (...)” (Bárcia & Sá, 2010, p.51), sendo apenas necessário que ambos estejam disponíveis para estar com o outro naquele momento e daquela maneira. Existem também vários estudos que comprovam os importantes benefícios da massagem infantil (McGrath, Thillet & Cleave, 2007; Underdown, 2009). Para Ramalho & Castro (2010), a massagem constitui-se como um momento de comunicação e de expressão entre pais e filhos. O seu programa de massagem infantil permitiu-lhes identificar várias dificuldades vivenciadas pelas puérperas, entre as quais queixas somáticas, alterações do estado emocional, perturbações do sono e insegurança na amamentação e nos cuidados ao bebé. Afirmam que “O envolvimento do corpo, na massagem infantil, permitiu expressar estados emocionais não verbalizados, ou dificilmente verbalizáveis.” (Ramalho & Castro, 2010, p.31), permitindo aceder e criando abertura para o profissional intervir nos medos e ansiedades das recém-mães.

A implementação do programa de massagem infantil por Machado (2010), no âmbito do seu CMEEESIP, permitiu confirmar que “A massagem é uma forma de conhecimento e

descoberta mútua, sendo uma ferramenta poderosa para fomentar a ligação afectiva.” (p.16). Nessa ordem de ideias, Mazure et al (2007) afirma que o afeto e o ajustamento pais-bebé são fortemente reforçados pela massagem.

Os diversos estudos e trabalhos desenvolvidos têm permitido conhecer e compreender cada vez melhor os benefícios desta tradição simples e ancestral. Assim, sabemos hoje que a massagem infantil tem inúmeros benefícios fisiológicos: promove o desenvolvimento motor e melhora a coordenação; melhora a absorção intestinal e promove o crescimento dos bebés; estimula o sistema cardiovascular e respiratório, melhorando a circulação e a respiração; melhora o sono da criança; proporciona o alívio de cólicas; proporciona redução da dor; promove o relaxamento e um melhor estado de alerta; aumenta a resposta do sistema imunitário, entre outros (Bárcia, 2010; Clarke, Gibb & Davidson, 2002; Field, 2002; Underdown, 2009).

Para além dessas vantagens diretas, conhecidas e já muito estudadas, da massagem no crescimento infantil, sabe-se hoje que os benefícios da massagem vão muito mais além. A massagem e o toque têm importantes benefícios no desenvolvimento infantil, bem como benefícios psicológicos e relacionais para os pais, o que por sua vez também influencia o crescimento e desenvolvimento infantil. A massagem infantil facilita e promove a comunicação e a vinculação; fomenta o autoconhecimento e o desenvolvimento positivo do Eu; ajuda os pais a conhecer cada vez melhor o seu filho; promove a assertividade emocional nas relações familiares; promove sentimentos de segurança, respeito, alegria e amor entre pais e filhos (Bárcia & Sá, 2010; Freitas et al, 2010; Field et al, 2004; Glover, Onozawa & Hodgkinsin, 2002; OE, 2008; McClure, 2001). Consequentemente, tem, também, um impacto muito positivo na relação do casal (OE, 2008).

Nesta ordem de ideias, a proximidade física pais-bebé vai-se tornando um conceito mentalizado e emocional e associa-se ao de acessibilidade e de “porto seguro” (Duarte, 2007).

As técnicas e os pressupostos da massagem infantil multi-integrada propostos por Vimala McClure e pela *International Association of Infant Massage* (IAIM), têm sido aprendidos e utilizados por muitos pais por todo o mundo. Esta massagem pretende proporcionar aos pais uma oportunidade para interagirem com o(s) seu(s) filho(s) de uma

forma mais aprofundada (McClure, 2001), já que as alterações sociais e as novas tecnologias imprimiram à vida de hoje uma dinâmica onde se realçam a produtividade, a eficácia e a utilidade em vez da interação, da integração e do contacto físico (Bárcia & Sá, 2010).

Com base em técnicas da massagem indiana e da massagem sueca, bem como na reflexologia e no yoga, a massagem infantil multi-integrada durante o primeiro ano de vida da criança assume-se como uma forma de incentivar um desenvolvimento físico saudável e o relaxamento do bebé, mas vai muito para além disso. Não se pretende, apenas, que pais e filhos se toquem mutuamente, mas que esse seja um toque que “nutre”, que alimenta o corpo, a mente e as relações entre pais e filhos e no seio da família – o Toque Nutritivo®. Dessa forma, a massagem será um veículo que ajudará a sociedade, família a família, a tornar-se mais saudável, mais humana e mais respeitadora (McClure, 2001).

Essa massagem pode ser implementada desde o nascimento até aos 12 meses de vida da criança. A IAIM sugere que a massagem seja ensinada aos pais no âmbito de um curso de massagem infantil individualizado ou dirigido a um grupo de famílias. Seja qual for o caso, apenas os pais massajam os seus filhos, apesar da presença constante, atenta e acolhedora do profissional, que demonstra as técnicas num boneco. Abordam-se, também, outras temáticas de acordo com as necessidades e interesses dos pais, temáticas essas que podem também ser propostas pelos próprios pais.

A IAIM apresenta, ainda, uma técnica de massagem a instituir para reduzir a dor e desconforto provocado pelas cólicas do bebé, tão típicas nos primeiros meses de vida. O termo “cólica” provém do grego e refere-se a uma dor abdominal aguda tipo espasmo e, nos bebés, manifesta-se desde cedo através de choro súbito, aparentemente difícil de explicar, inconsolável e que não responde às habituais medidas de conforto proporcionadas pelos pais (Brazelton, 1995). Por todas essas razões, Brazelton lembra que a cólica do bebé, por si só, cria momentos de grande ansiedade nos pais que, por sua vez, aumentam ainda mais o choro do bebé e o seu desconforto, tornando-se progressivamente mais difícil tranquilizar pais e filhos nestas situações. Os cuidados antecipatórios neste âmbito permitem aos pais compreender melhor esta situação de desconforto (frequente e fisiológica) do bebé e, portanto, geri-la melhor, promovendo o bem-estar da criança e família como um todo. A este

respeito, Borjesson, Paperin & Lindell (2004) e Glade et al (2005) afirma que o facto de as mães integrarem um grupo de suporte no pós-parto no âmbito do qual trocam ideias e dúvidas e aprendem a fazer a massagem ao bebé aumenta as suas competências e auto-estima (Borjesson, Paperin & Lindell, 2004; Glade et al, 2005 cit in Bárcia, 2010).

#### **1.4. (Re)Pensando os cuidados de enfermagem às famílias em transição para a parentalidade**

“O modelo da nova pediatria assenta num projeto de prevenção e motivação positiva, de ajuda e orientação, sempre com os pais”  
(Gomes et al, 2001)

Tendo em conta a perspetiva dos autores atrás apresentados e com consciência que a família constitui o pilar básico na estrutura da sociedade, é essencial que os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP) valorizem e promovam o papel dos pais na saúde das crianças.

De facto, os avanços no conhecimento do desenvolvimento infantil, da importância dos primeiros anos e da relação precoce entre pais e filhos para o desenvolvimento saudável da criança vieram alterar a própria visão dos cuidados de saúde à criança.

O MTP e os trabalhos de Brazelton e colaboradores (como é o caso do Professor Doutor Gomes-Pedro) vieram promover a reflexão acerca dos contributos reais e potenciais dos profissionais para a relação entre pais e filhos e com os pais e os filhos. Gomes-Pedro (2005) considera que é indispensável uma mudança de paradigma na relação dos profissionais com as crianças e as famílias, devendo ser adotado um modelo que valorize as forças intrínsecas a cada bebé/criança e a cada família, propondo dessa forma modificar a visão e a prática reducionistas, típicas do modelo biomédico.

Um dos grandes objetivos do MTP é, então, modificar as práticas sociais, no sentido de que essas possam participar mais no desenvolvimento quer da criança, quer da família. “e o primeiro lugar de mudança do sistema começa logo pelos profissionais e na redefinição da sua prática.” (Duarte, 2007, p.21).

Esta perspectiva de mudança e melhoria dos cuidados de saúde prestados ao cliente pediátrico tece laços com a temática central deste projeto e com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010). Com efeito, é da responsabilidade de o Enfermeiro Especialista (EE) conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (B2) e gerir os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde (C1), sempre baseando a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2). A OE reforça, ainda, que

a performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e sua família, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo (...). (Kelly et al, 2007 cit in OE, 2010, p.5).

A filosofia de cuidados de enfermagem que sustenta os cuidados pediátricos é, então, a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), segundo a qual “(...) os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (...)” (Casey, 1993, p.233). O modelo de CCF surgiu da consciência de que os modelos já existentes não reconheciam os conceitos necessários à filosofia de cuidar a criança. Assim sendo, prevê o planeamento e implementação de cuidados de saúde às crianças, aos jovens e a sua família como um todo indissociável (Shields, Pratt & Hunter, 2006). “O cuidado centrado na família impulsiona uma mudança, (...) representando uma abordagem holística dos cuidados; capacitando e empoderando as famílias (...)” (Machado, 2010, p.2).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) em vigor também destaca a importância da família e de uma perspectiva centrada na família e faz referência ao facto de

(...) a consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais [serem] fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida. (Direção Geral da Saúde, 2003, p. 36)

Relembra, também, que a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte social deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, confirmando a importância de valorizar e intervir nas múltiplas implicações do contexto socioeconómico na saúde da criança e da família. As linhas-mestras apresentadas pelo mesmo PNSIJ (da responsabilidade da Direção Geral da Saúde - DGS), valorizam, também, os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais “(...) os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013, p.7).

Com esta visão, os documentos reguladores da profissão clarificam as especificidades inerentes aos cuidados de enfermagem à criança e à família, complementando, assim, o enquadramento para a temática central deste projeto no âmbito da enfermagem.

Os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I (OE, 2010) reforçam a importância de o enfermeiro se centrar nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar. Aludem especificamente à necessidade de potenciar a relação pais-filhos numa atitude empática, flexível e não prescritiva.

Já o Regulamento das CEEEEESCJ (OE, 2010b) afirma que “São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil.” (OE, 2010, p.5), devendo o EESIP responder às necessidades da família relacionadas com a adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, como é o caso da transição para a parentalidade e da abordagem antecipatória proposta pelo MTP.

Neste sentido, os cuidados de nível avançado prestados pelo EESIP, incluem, entre outros, a avaliação da família e a resposta às suas necessidades específicas, nomeadamente no que respeita à sua adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar. (OE, 2010b). É, precisamente, nessa ordem de ideias que surge a promoção das competências parentais por via da massagem infantil.

No que respeita especificamente ao ensino da massagem infantil às famílias em transição para a parentalidade, e para além do parecer do Conselho Jurisdicional que confirma a legitimidade do enfermeiro na aplicação desse tipo de técnicas (OE, 2008), sobressai a competência E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem e a competência E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. Esta última aborda especificamente o contacto físico e as terapias de enfermagem comuns e complementares, desde que amplamente suportadas na evidência (OE, 2010b).

São, ainda, competências específicas do EESIP: E1.1. implementa e gere, em conjunto com a família, um plano de saúde promotor da parentalidade, em particular pela promoção da aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à criança e à família, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos saúde/doença (critério de avaliação E1.1.4.), pela procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/o jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (critério de avaliação E.1.1.5.), entre outras, reforçando-se novamente a importância de o profissional transmitir orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (critério de avaliação E3.1.3.).

Sobressai, então, a importância de o enfermeiro promover as competências parentais com vista ao conseqüente crescimento e desenvolvimento da criança e família.

“Competências parentais” surge como o conceito-chave de muitos estudos de enfermagem e de outras ciências (medicina, psicologia, serviço social, educação), todavia raramente é apresentada a sua definição. A própria OE utiliza frequentemente esse termo, mas não o define. Como exemplo, verifica-se que a CIPE (ICN, 2011) não apresenta este termo na sua abordagem multiaxial da prática de Enfermagem.

Steinhauer, Leitenberger, Manglicas, Pauker, Smith & Gonçalves (1993) citados por Pereira & Alarcão (2010, pp.501) definem competências parentais como “a soma das atitudes e das condutas favoráveis ao desenvolvimento normal de uma criança.”

Segundo Balancho (2003), as competências parentais vão sendo alcançadas à medida que os pais vão praticando e experimentando. O modelo dimensional da parentalidade proposto por Hoghughi (2004), que espelha a complexidade envolvida no processo educacional de uma criança, também mostra que as competências parentais são adquiridas: de modo formal, por exemplo, através da participação em programas parentais (como o curso de massagem infantil); de modo informal, por exemplo através das próprias experiências vivenciadas por cada pai ou observando outros pais (o que também se verifica nos cursos de massagem infantil ministrados a grupos de pais).

Segundo Abidin (1992) citado por Lalanda (2012), as competências parentais são um dos recursos dos pais para lidar com o stress parental, no sentido de apoiar a sua parentalidade. Está aliado a outros recursos, como o suporte social, a aliança parental, os recursos materiais e o *coping* cognitivo.

Belsky (1984) também aborda esta temática, afirmando que a parentalidade e a forma como esta é exercida estão relacionadas com três fatores: 1) características individuais da criança; 2) características individuais dos progenitores; 3) meio/contexto onde a família se insere. Segundo o mesmo autor, é a combinação destes três fatores que culminará no exercício das competências parentais.

Macedo (2013) considera que a finalidade do desenvolvimento das competências parentais é ajudar a promover o desenvolvimento global da criança.

este é o objetivo central do programa de educação parental [como é o caso do curso de massagem infantil], ou seja, capacitar os pais para que se sintam capazes de lidar com os problemas dos seus filhos e com os desafios do presente e os que o futuro trará. (Macedo, 2013 cit in Sampaio, Cruz & Carvalho, 2011, p. 58).

Segundo o mesmo autor, a melhoria das competências parentais visa, de facto, promover o desenvolvimento global da criança, “(...) tendo em conta a construção de competências por parte das famílias, no sentido de se tornarem cada vez mais capazes de tomar decisões, de serem auto-suficientes na mobilização de recursos formais e informais existentes no meio envolvente (...)” (Macedo, 2013 cit in Sampaio, Cruz & Carvalho, 2011, p.29)

Cruz e Pinho (2008) relacionam as competências parentais com a educação parental. Esses autores perspetivam a educação parental como um processo que vai sendo construído ao longo da intervenção com os pais. Esse processo conduz a um desenvolvimento e reforço das suas competências parentais que permitam um melhor e mais adequado desempenho das funções educativas dos pais.

Pezzot-Pearce e Pearce (2004) centram-se na importância de distinguir as competências parentais necessárias para satisfazer as necessidades de uma criança com um desenvolvimento "típico" das exigidas para lidar com situações tão específicas como, por exemplo, as crianças adotadas ou com perturbações de desenvolvimento. Nessa abordagem, consideram a criança, os pais e o contexto com eixos de análise.

É importante lembrar que a cultura afeta de modo direto o comportamento parental, na medida em que as competências julgadas necessárias para a sobrevivência e o sucesso das crianças e dos seus pais, variam de acordo com a cultura e são culturalmente valorizadas de forma diferente (Ogbu, 1995).

Assim sendo, e com base nas perspetivas dos autores citados, não parece adequado definir uma lista de competências que todos os pais devam desenvolver, com ou sem a ajuda do EESIP, no seu processo de transição para a parentalidade. Pelo contrário, parece fazer muito sentido a perspetiva de que não se deve valorizar o ato de ensinar, mas sim o processo de aprender com os pais, construindo caminhos únicos com cada pai e cada família (Cruz & Pinho, 2008). Pretende-se, então, focar no essencial da relação pais-filhos - a espontaneidade -, promovendo a naturalidade, o sentido de humor, a assertividade, a brincadeira, os afetos positivos, os limites firmes, a negociação, a estrutura e a organização.

Se quisermos falar em especialistas em competências parentais então neste grupo todos foram olhados como tal, tendo em conta o valor das suas histórias pessoais e familiares e das suas práticas diversas. Evitando-se qualquer tipo de imposições, desníveis e assimetrias, afastaram-se eventuais fantasmas e medos de serem criticados, oriundos das sombras contornadas pelos saberes teóricos e académicos. No entanto, não se deixou de clarificar a existência de papéis e contributos diferentes, (...) (Cruz, 2014, p.3).

Este quadro conceptual permitiu dar a conhecer, de forma organizada e devidamente documentada, a conceção de cuidados de enfermagem subjacente ao meu estágio – a (agora) minha conceção de cuidados de enfermagem. E é na prática clínica que este quadro concetual se consubstancia, tendo a ação sido o ponto de partida para a minha reflexão e para a aquisição e desenvolvimento de competências, conforme demonstro no capítulo que se segue.

## **2. CUIDANDO, (RE)PENSANDO E APRENDENDO**

### **O CAMINHO PERCORRIDO COM VISTA À ESPECIALIZAÇÃO EM ESCJ**

Este segundo capítulo apresenta o caminho que percorri, já enfermeira de cuidados gerais com experiência profissional de aproximadamente 5 anos, no estágio integrante do Plano de Estudos do CMEESIP. Consiste numa descrição sucinta, organizada e reflexiva das atividades realizadas e dos objetivos concretizados ao longo dos 5 módulos do estágio em questão, sempre com vista ao desenvolvimento das CCEE (OE, 2010a) e das CEEEESCJ (OE, 2010b).

O Projeto de Estágio, previamente construído e entregue à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no âmbito da Unidade Curricular Opção II, foi ganhando forma e consistência ao longo do estágio que aqui se apresenta, permitindo o desenvolvimento das competências acima referidas.

Todavia, é de salientar que também ele foi repensado após o primeiro módulo do referido estágio na sequência da substituição do professor orientador do mesmo (por motivos que me eram alheios). Se inicialmente este acontecimento se afigurou como ansiolítico, como se compreende, a empatia e proximidade criada entre aluno e novo orientador permitiu olhar com olhos novos para o projeto e o restante estágio que ainda e, de forma natural, redesenhá-lo e fazê-lo amadurecer um pouco mais. É também de dificuldades e surpresas como esta que se fala neste capítulo e ao longo de todo o relatório, porque também essas foram importantes para o caminho percorrido e para as aprendizagens que o mesmo possibilitou.

Por outro lado, vale a pena lembrar que o referido projeto não era estanque, mas sim dinâmico e flexível, permitindo e pressupondo adaptação e reorganização sempre que necessário (Leite, Santos, & Ribeiro, 2001), tendo em conta a interação com as variantes dos diversos contextos de estágio.

Apesar de estar subjacente a todo o estágio os contributos do EESIP na promoção das competências parentais por via do ensino da massagem infantil às famílias em transição para a parentalidade, foi-lhe transversal uma grande vontade de tirar o máximo partido desta

oportunidade única de aprender e abraçar, verdadeiramente, as competências amplas e indissociáveis do EESIP, o que acredito estar bem patente nas linhas que se seguem. Assim, as atividades específicas no âmbito do referido tema foram desenvolvidas sem detrimentos das restantes atividades e cuidados de enfermagem especializados que não tinham relação direta com o tema.

A aprendizagem pode ser explicada por um modelo em que cada nova etapa integra as anteriores, privilegiando as influências do contexto (Ferreira, 2004). Nessa ordem de ideias, este capítulo apresenta seis subcapítulos, relacionados com os cinco serviços de saúde de assistência à criança e família (hospitalares e na comunidade) que se constituíram como locais de estágio (de acordo com o cronograma em apêndice I) e, por fim, com as competências comuns e específicas do EESIP.

Foram definidos como objetivos transversais a todo este percurso de aprendizagem os seguintes objetivos gerais:

- . Desenvolver competências de EEESCJ no cuidar à criança e família nos diferentes contextos da prática de cuidados, com especial enfoque no ensino da massagem infantil como intervenção promotora das competências parentais;

- . Promover o ensino da massagem infantil aos pais como intervenção especializada do EEESCJ e promotora das competências parentais nos diferentes contextos da prática de cuidados.

## **2.1. Consulta de Pediatria**

O primeiro módulo deste estágio decorreu na Consulta Pediatria (CP) de um centro hospitalar central, no período compreendido entre 29 de Setembro e 31 de Outubro de 2016 (anexo I). Esse centro hospitalar era, à data, acreditado como Hospital Amigo dos Bebés (Unicef Portugal, 2016), pelo que os Departamento de Pediatria e Saúde Materna tinham o compromisso da promoção do aleitamento materno e das competências parentais associadas.

Assumi desde logo esse mesmo compromisso e prestei, eu própria, cuidados de enfermagem promotores do aleitamento materno, no sentido das boas práticas, mas também da coerência e do trabalho em equipa.

Um dos gabinetes da CP está afeto à Consulta de Enfermagem (CE), que decorre entre as 8h30 e as 16h30, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>feira. Existem, ainda, consultas médicas de Desenvolvimento Infantil, de Oftalmologia e de Patologia Aditiva, bem como Consultas de Nutrição, Consultas de Adolescentes, Rastreios Auditivos (realizados por uma audiológica) e acompanhamento no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que se distribuem pelos restantes gabinetes consoante agendamento prévio.

A equipa de enfermagem dessa CP é composta por três enfermeiros: a enfermeira-chefe, especialista em ESCJ, e, na prestação direta de cuidados, uma enfermeira EESCJ e uma enfermeira de cuidados gerais.

Para a referida equipa de enfermagem são encaminhados os bebés e famílias cuja situação clínica e/ou psicossocial carece de reavaliação e/ou acompanhamento após a alta do SIP e/ou da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIIN) do mesmo hospital. São, também, muitas as famílias que acabam por recorrer a essa CE, presencialmente ou por telefone, no sentido de encontrar suporte face às necessidades e preocupações sentidas no processo de transição para a parentalidade, já no domicílio, após a alta hospitalar. Por ser, ainda, considerado Posto de Vacinação do Sistema Nacional de Saúde, a CP recebe, também, crianças para vacinação com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos. A documentação dos cuidados prestados era, à data, feita à mão, em papel, e não utilizava qualquer taxonomia. Acresciam, ainda, os registos necessários no Boletim de Saúde Infantil (BSI) e Boletim de Vacinas (BV).

Comecei por uma observação participante nos cuidados de enfermagem e de saúde na CP e, mais especificamente, na CE. Rapidamente me senti capaz de prestar cuidados diretos às crianças e famílias, algumas das quais já conhecia do SIP, sempre com vista à aquisição e/ou desenvolvimento das (para mim) novas competências de EESIP.

Logo nos primeiros turnos ali realizados, foi notória a grande afluência de crianças e famílias a esta CP e, em particular, à respectiva CE. Com o passar dos dias, percebi que essa afluência se prendia, em grande parte, com a tentativa de respeitar e promover o Princípio 1 da Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008, p. 7), na medida em que “(...) a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.” Por outro lado, as necessidades e preocupações sentidas no processo de transição para a parentalidade, mesmo quando se tem um filho saudável, também fazem com que muitos pais se dirijam à CE procurando suporte formal nesse sentido.

Assim, e nessa ordem de ideias, podem enumerar-se da seguinte forma (sem nenhuma ordem de grandeza ou prioridade) as necessidades em cuidados de enfermagem das crianças e famílias acompanhadas nesta CE (ou ali recebidas pontualmente, como é frequente no caso da vacinação), tendo eu, enquanto aluna-estagiária, prestado cuidados de enfermagem de nível de especialista em ESCJ para dar resposta a todas elas: dúvidas, preocupações ou necessidade de suporte emocional relacionadas com amamentação/ aleitamento; reavaliação de Peso/Ganho ponderal; icterícia neonatal; dúvidas, preocupações ou necessidade de suporte emocional relacionadas com choro do bebé/cólicas; dúvidas, preocupações ou necessidade de suporte emocional relacionadas com cuidados à pele e ao coto umbilical; vacinação/Plano Nacional de Vacinação; triagem em situação de doença aguda; administração sazonal de Palivisumab/Synagis® para prevenção de infeção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em crianças de risco; colheita de produtos para análise laboratorial (em caso de colheita de sangue de recém-nascido, frequentemente aproveita-se para colher sangue para Diagnóstico Precoce/Teste do Pezinho em simultâneo, no sentido de evitar manipulações e deslocações desnecessárias aos serviços de saúde nos primeiros dias de vida); dilatação ocular para posterior Consulta de Oftalmologia; recolha de leite adaptado (famílias acompanhadas na Consulta de Patologia Aditiva e famílias carenciadas).

Apresenta-se em anexo (anexo II), a título de exemplo, a tabela de registo das atividades desenvolvidas na CE em alguns dos dias de estágio, resumo esse que é utilizado posteriormente pela Senhora Enfermeira-Chefe para análise estatística e posterior reflexão em equipa.

Muitas das crianças e famílias acompanhadas na CP estiveram anteriormente internadas na UCIIN, logo desde os primeiros minutos de vida ou só após algumas horas ou dias no Internamento de puérperas, quando se verifica, por exemplo, que os cuidados prestados por icterícia neonatal não resolveram a situação de doença ou quando surge sintomatologia sugestiva de infeção neonatal com necessidade de antibioterapia. Muitos dos que se encontram naquele primeiro grupo são recém-nascidos prematuros e, em consequência, os seus pais/famílias também o são (Carvalho, 2013). Em Portugal, e de acordo com as Estatísticas Demográficas de 2013 (Instituto Nacional de Estatística, 2014) disponíveis durante o meu estágio, a percentagem de nados vivos prematuros (com menos de trinta e sete semanas de gestação), era de 7,8%., apontando agora os últimos dados estatísticos para um valor de 7,7% (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Estes dados e a minha experiência profissional num SIP, aliados às várias situações de cuidados vivenciadas neste estágio da CP, levaram-me a sedimentar a importância de estar particularmente atenta às necessidades tão específicas deste grupo particular de pais/famílias e não só dos seus bebés prematuros. Face ao nascimento do seu filho antes do tempo esperado e desejado, os pais podem experienciar uma série de emoções negativas, sentindo-se ansiosos, culpados, desesperançosos, deprimidos e assustados, sendo considerados prematuros para exercer as suas funções parentais. Segundo Carvalho (2013), em particular para a mãe, o facto de o seu bebé passar a ser cuidado por profissionais, que a substituem, “(...) diminui o seu papel parental e perturba-a psicologicamente. As intervenções de prevenção precoce podem alterar positivamente a trajetória de desenvolvimento de crianças com risco biológico, como as nascidas de pré-termo” (Carvalho, 2013, p. 8), tendo eu, nessa ordem de ideias, procurado prestar cuidados de enfermagem que valorizassem e favorecessem o toque e a massagem infantil para promover os benefícios dos mesmos para a mãe/pais. Confirmei que, como afirmam Ramalho & Castro, “O envolvimento do corpo, na massagem infantil, permitiu expressar estados emocionais não verbalizados, ou dificilmente verbalizáveis.” (Ramalho & Castro, 2010, p.31). Por essa via, consulta de enfermagem após consulta de enfermagem, consegui, de facto, conversar e escutar a recém-mães e aceder a alguns dos seus medos e ansiedades, criando também abertura para a minha intervenção. Consequentemente, planeei e prestei o necessário suporte emocional, e trabalhei com as mães no sentido da promoção dos benefícios psicológicos e relacionais da massagem ao seu bebé: fomenta a ligação afetiva da díade (Machado, 2010); facilita e

promove a comunicação e a vinculação; fomenta o autoconhecimento e o desenvolvimento positivo do Eu; ajuda os pais a conhecer cada vez melhor o seu filho; promove a assertividade emocional nas relações familiares; promove sentimentos de segurança, respeito, alegria e amor entre pais e filhos (Bárcia & Sá, 2010; Freitas et al, 2010; Field et al, 2004; Glover, Onozawa & Hodgkinsin, 2002; OE, 2008; McClure, 2001). Consequentemente, tem, também, um impacto muito positivo na relação do casal (OE, 2008), sendo que foram mais frequentemente as mães a demonstrar maior desconforto emocional.

Por tudo o que foi referido, as situações de cuidados em questão permitiram-me a aquisição e/ou desenvolvimento de várias CEEESCJ, nomeadamente: E1.1. Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança (critérios de avaliação E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos saúde/doença e E.1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde); E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e jovem (critérios de avaliação E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem).

Ao longo do internamento na UCIIN, já com vista à alta (que é, em grande parte dos casos, acompanhada de encaminhamento para a CP), enfermeiros e restante equipa de saúde ajudaram os pais dos bebés ali internado - bebés de risco - a fazer o luto do bebé idealizado, para começarem a estar disponíveis para se vincularem ao bebé real, ao seu bebé. Nesse processo, e com vista à preparação para a alta, os pais foram sendo incentivados a colaborar na prestação de cuidados de enfermagem e a cuidar de forma cada vez mais autónoma do seu filho de acordo com as suas próprias competências, disponibilidade e necessidades ao longo desse percurso. Ainda assim, e por várias razões, a maioria desses pais não se sentem preparados para a alta e para assegurar autonomamente os cuidados ao seu filho em casa. Apesar do trabalho emocional desenvolvido pelos enfermeiros da UCIIN, permanecem nos pais sentimentos de angústia, medo, tristeza e grande cansaço, relacionados essencialmente

com a situação clínica que a criança ultrapassou (muitas vezes tendo estado em risco eminente de vida sob cuidados intensivos) (Almeida, 2014). Já no domicílio, manifestam, ainda, preocupação com o futuro dos seus filhos, tendo em conta os poucos apoios existentes na comunidade, os reinternamentos frequentes, e a própria incerteza da evolução da doença, havendo necessidade de readaptações constantes aos novos processos de vida (idem).

Esses sentimentos e preocupações dos pais, que influenciam grandemente a sua transição para a parentalidade, continuam a ser valorizados pelo EESIP, que planeia e desenvolve intervenções específicas para dar resposta a essas várias necessidades e prestar o suporte emocional que (tantas vezes) os próprios pais pedem diretamente. Neste âmbito, o meu estágio na CP e os cuidados prestados em torno da temática central do mesmo confirmou a expectativa de que esses cuidados, prestados nos primeiros tempos de vida, têm efeitos muito positivos na saúde e bem-estar do recém-nascido e família. Verifiquei, então, que a experimentação e a introdução de conceitos associados ao toque e à massagem infantil nos cuidados de enfermagem prestados na CP possibilita aos pais um olhar diferente e mais completo, mais rico, sobre o seu filho e, logo, sobre as suas próprias necessidades, preocupações e dificuldades enquanto pais de um recém-nascido “especial”. Desta forma, enquanto enfermeira-estagiária na CP favoreci sentimentos positivos e de “normalidade” e facilitei o processo de desenvolvimento das competências parentais, em detrimento de um olhar sempre focado nas dificuldades sentidas pelos pais e/ou nas dificuldades do bebé. Esta perspetiva tece laços com o MTP e com os importantes princípios que o mesmo preconiza, nomeadamente: Procure oportunidades para apoiar a mestria; Use o comportamento da criança como a sua linguagem, Valorize a desorganização; Focalize na relação pais/criança; Valorize a paixão onde quer que a encontre (FBGP, 2014). A este nível, sobressai a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências específicas do EESIP: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (critérios de avaliação E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos saúde/doença e E.1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde); E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (critérios de avaliação E3.1.1 Demonstra

conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.2 Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; E3.2.2 Demonstra conhecimentos sobre competências do recém-nascido para promover o comportamento interativo).

A partilha e discussão de experiências e sentimentos com o enfermeiro de referência foi transversal a todo este módulo de estágio e essencial à reflexão crítica sobre os cuidados prestados, reflexão essa que procuro exemplificar no diário de campo em apêndice (apêndice II). Geralmente, e como forma de fazer face à grande afluência de crianças e famílias à CE, tomava nota (resumidamente) das minhas preocupações ou questões num pequeno bloco que trazia sempre no bolso da farda e, no final de cada turno da manhã, antes de nos desfardarmos, discutíamos essas temáticas (de forma mais ou menos aprofundada, consoante a situação e o tempo disponível). É de referir a este respeito que, neste módulo em particular, construí, também, uma relação de grande proximidade com o enfermeiro de cuidados gerais da equipa, apesar de não ser, formalmente, enfermeiro de referência deste meu estágio. Este enfermeiro trabalhava naquela CE há aproximadamente vinte anos, sendo, sem qualquer dúvida, uma referência para todos os alunos e profissionais da CP e de outros serviços do hospital, bem como para as famílias ali acompanhadas.

Esse mesmo enfermeiro estava, contudo, a despedir-se da CP para ingressar em outro projeto profissional. Essa situação afetou, inevitavelmente, o meu estágio, na medida em que a equipa de enfermagem estava a reestruturar-se e preparar-se para a sua saída. Assim, acabou por não fazer sentido naquele contexto sobrecarregar a equipa com o planeamento e implementação de um curso de massagem ao bebé para famílias e de uma sessão de formação em serviço no âmbito da temática central do estágio.

É de referir a este respeito que vários meses antes, aquando da escolha dos locais de estágio, solicitei e realizei entrevistas de apresentação do meu estágio e colheita de dados com vários elementos da equipa multidisciplinar da CP, nomeadamente Assistente Social, Psicólogo, Diretora do Serviço de Pediatria (Pediatra) e Enfermeira-chefe da CP. Essas

entrevistas tinham como objetivo apresentar-me, bem como ao estágio que se seguia, e pedir a colaboração desses profissionais no diagnóstico e avaliação das necessidades das famílias da CP em cuidados de Enfermagem no âmbito da promoção das competências parentais (nomeadamente durante o primeiro ano de vida) e aferir a pertinência das atividades a desenvolver em estágio com vista à realização dos objetivos específicos para a CP. Todavia, nessa altura, ainda não se imaginava a saída do enfermeiro em questão, pelo que esperava conseguir desenvolver na CP um Curso de Massagem ao Bebê para pais e uma sessão de formação em serviço sobre a importância e implementação da massagem infantil como intervenção de enfermagem especializada e promotora das competências parentais enquanto atividades de estágio.

Em relação à sessão de formação em contexto de trabalho que tinha previsto realizar, também essa acabou por não ser realizada pela mesma razão já explicitada. Todavia, e ao longo deste módulo do estágio, procurei aproveitar todas as oportunidades possíveis para ir explicando aos vários profissionais da CP os objetivos específicos do meu estágio nesse âmbito, de forma a divulgar o papel do ensino da massagem infantil na promoção das competências parentais e promover a sua implementação futura na CP.

O poster e o panfleto construídos neste módulo de estágio apresentam-se no apêndice III.

Durante este módulo do estágio, surgiu, ainda, a possibilidade de acompanhar a equipa da CP a um Encontro de uma Unidade Coordenadora Funcional, que teve lugar no Auditório de um Centro de Saúde de Lisboa a 31 de Outubro de 2016 e no qual alguns dos pediatras da CP foram palestrantes. O referido encontro é aprofundado no documento em apêndice IV.

Posto tudo o que foi sendo apresentado, percebe-se que neste contexto de CP desenvolvi as várias CEEESCJ por via dos cuidados de Enfermagem prestados a crianças/famílias de várias idades e com necessidades em cuidados de enfermagem muito diversas. Todavia, a minha intervenção e consequente aprendizagem desenvolveu-se, maioritariamente, em torno de bebés e crianças/famílias entre os 3 dias e os 24 meses de idade e cuja situação clínica e/ou psicossocial carecia de reavaliação e/ou acompanhamento após a

alta do Serviço de Internamento de Puérperas e/ou da UCIIN do mesmo hospital, grupo que é, no fundo, constituído pela grande maioria das crianças e famílias acompanhadas na CP.

## **2.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

O segundo módulo deste estágio decorreu no período compreendido entre 4 de Novembro e 1 de Dezembro (anexo II), em contexto de cuidados de saúde primários, nomeadamente numa das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que articula com a CP anterior.

Ao longo das últimas duas décadas, os cuidados de saúde primários têm sido alvo de uma progressiva e abrangente reestruturação. Nessa ordem de ideias, surgiram as UCSP enquanto unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada zona do país. Essas UCSP visam garantir a acessibilidade, a globalidade, a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde, bem como participar na sustentabilidade do próprio Sistema Nacional de Saúde naquilo que aos cuidados de saúde primários diz respeito (Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, 2008).

A opção por este local de estágio prendeu-se com a minha consciência de que a articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares é um pilar fundamental para a continuidade de cuidados de qualidade (DGS, 2012). Assim, aproveitei neste estágio, não só para adquirir e/ou desenvolver as competências de EEESCJ, mas também para me aproximar daquela realidade que está intimamente relacionada com a minha, de forma a promover, na minha prática diária, essa mesma continuidade de cuidados e, sempre que possível, facilitar a integração, a articulação de esforços e a criação de sinergias, como propõe o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (DGS, 2012).

O desenvolvimento psicomotor infantil é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de desenvolvimento das diferentes funções. Todavia, varia a rapidez com que cada criança passa de um estágio para outro de desenvolvimento, bem como a idade em que são feitas as diferentes aquisições (DGS, 2012).

As ações de vigilância de saúde nesta UCSP, entre as quais a realização do Exame de Saúde (DGS, 2013), são implementadas no âmbito de consultas médicas e de CE de Saúde Infantil, decorrendo estas últimas entre as 8h30 e as 16h30, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>feira. Foi-me, ainda, permitido participar em algumas Consultas de Vacinação Infantil, desenvolvidas por um enfermeiro de cuidados gerais com base no Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2012-2016 em vigor à data (DGS, 2012).

À semelhança do que já se fazia nesta CE, os meus registos de enfermagem, referentes aos vários cuidados prestados, eram feitos em programa informático próprio e contruído para ir ao encontro das várias orientações do Programa-Tipo de Atuação na Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) e dos Exames de Saúde que o mesmo prevê. Acresciam, ainda, os registos necessários no BSI e BV.

Inicialmente, senti a necessidade de fazer uma revisão narrativa da literatura no âmbito do desenvolvimento infantil, especialmente a partir dos dois anos de vida. Através de uma observação participante e com supervisão da enfermeira de referência, adquiri e desenvolvi competências na avaliação do desenvolvimento infantil ao longo das muitas consultas que foram surgindo. Antecipei progressivamente melhor as necessidades dessas crianças e famílias à medida que fui adquirindo conhecimentos e compreendendo, também cada vez melhor, o próprio desenvolvimento infantil, tendo oportunamente realizado a avaliação autónoma do desenvolvimento infantil e a deteção precoce de situações de risco. Neste âmbito, adquiri e desenvolvi, então, as seguintes CEEEESCJ: E3.1 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (critérios de avaliação E3.1.1 Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil).

Ao longo deste módulo do estágio, participei no planeamento e na prestação de cuidados de enfermagem que procuravam cumprir as linhas mestras do Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente: a) Calendarização das consultas para «idades-chave», correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização,

alimentação e escolaridade; b) Harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações ao Centro de Saúde; c) Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental; d) Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correção e que possam afetar negativamente a saúde da criança; e) Apoio à responsabilização progressiva e autodeterminação em questões de saúde das crianças e jovens (DGS, 2013). Para materializar esta última linha mestra, comecei por desenvolver uma revisão narrativa da literatura no âmbito dos principais e mais imediatos perigos nesta fase do desenvolvimento (consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, condução perigosa, comportamentos agressivos e hábitos alimentares extremos) (Barros, 2003).

Com base nos conhecimentos teóricos adquiridos por via da referida revisão, em cada consulta de um adolescente, procurei ir facilitando a comunicação expressiva das suas emoções (critério de avaliação E3.4.1), identificando os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis quando aplicável (critério de avaliação E3.4.1), reforçando a sua tomada de decisão responsável (critério de avaliação E3.4.4) e negociando, sempre que necessário, contratos de saúde com o adolescente (critério de avaliação E3.4.5.), o que me possibilitou a aquisição e desenvolvimento da CEEEEESCJ que se segue: E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Sem nenhuma ordem de grandeza ou prioridade, enumero de seguida as principais necessidades em cuidados de enfermagem que levaram as famílias a recorrer à Consulta de Enfermagem desta UCSP durante o meu estágio, com a minha conseqüente prestação direta de cuidados: consulta de vigilância de saúde/ Exame Global de Saúde (inclui convocação de crianças de 5/6 anos para a consulta de Saúde Escolar – Exame Global de Saúde com rastreio de visão, audição e linguagem); vacinação/Plano Nacional de Vacinação; triagem em situação de doença aguda; dúvidas, preocupações ou necessidade de suporte emocional relacionadas com amamentação/ aleitamento; reavaliação de Peso/Ganho ponderal; icterícia neonatal; dúvidas, preocupações ou necessidade de suporte emocional relacionadas com choro do bebé/cólicas; dúvidas, preocupações ou necessidade de suporte emocional relacionadas com cuidados à pele e ao coto umbilical; diagnóstico Precoce/Teste do Pezinho.

É de referir que esta lista de necessidades em cuidados de Enfermagem tece laços com a lista referente ao módulo de estágio anterior, na CP, o que leva a crer que, de facto e independentemente de se falar de crianças saudáveis ou de risco, há um grupo de temáticas que preocupa a generalidade dos pais em transição para a parentalidade.

A diversidade de estruturas e culturas familiares alvo dos meus cuidados ao longo deste módulo possibilitou um crescimento muito significativo na abordagem culturalmente sensível, abordagem essa essencial porque queria aproximar-me genuinamente da comunidade e responder às suas reais necessidades em cuidados de enfermagem, bem como desenvolver as CCEE, em particular as competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal como A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos (critérios de avaliação A.2.1.1. Assume a defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade e A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos na equipa de enfermagem onde está inserido).

Todas as atividades inicialmente previstas foram implementadas com sucesso ao longo deste módulo do estágio como se vai podendo perceber pelos apêndices que às mesmas dizem respeito: sessão de formação em contexto de trabalho (apêndice V); reformulação do poster e do panfleto construídos na CP (apêndice VI); planeamento, divulgação e implementação de uma sessão educação para a saúde para pais sobre a massagem infantil (apêndice VII).

A partilha e discussão de experiências e sentimentos com o enfermeiro de referência foi transversal a todo este módulo de estágio e essencial à reflexão crítica sobre os cuidados prestados, reflexão essa que procurei exemplificar no diário de campo construído (apêndice VIII).

Em suma, tendo incorporado uma filosofia de CCF e as premissas do MTP nos cuidados de enfermagem de nível de especialista prestados, concluo que os principais contributos deste módulo do estágio foram no sentido da aquisição e/ou desenvolvimento das CCEE e das CEEEESCJ assentes numa lógica de proximidade e continuidade, tão diferenciadora dos cuidados de saúde primários, e relacionadas com o cuidar da criança e família que cresce e se desenvolve, ano após ano. Assim, prestei cuidados à criança e família

ao longo do ciclo vital, com vista à promoção da saúde e a prevenção da doença, neste caso na infância e adolescência. A massagem infantil e os seus benefícios começaram, progressivamente, a ser abordadas pelo enfermeiro de referência no sentido de promover o toque junto das famílias em transição para a parentalidade acompanhadas na CE.

### **2.3. Serviço de Urgência Pediátrica**

Esta foi a minha primeira experiência num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), pelo que desde logo se afigurou como mais um desafio emocionante. Este terceiro módulo do meu estágio decorreu no período compreendido entre os dias 2 e 18 de Dezembro conforme cronograma (apêndice I). O SUP em questão foi escolhido pelo facto de ser reconhecido na comunidade profissional (e na sociedade em geral) como um dos serviços onde se prestam melhores cuidados de saúde e de Enfermagem, pertencendo também a um Centro Hospitalar central. Posto isto, seria um local de estágio que me permitiria, certamente, uma grande variabilidade tanto ao nível das situações de doença e possibilidades de prestação de cuidados de Enfermagem, como da faixa etária das crianças/famílias que ali se dirigem (dos 0 aos 18 anos). Por outro lado, foi uma mais valia ser o SUP pertencente ao mesmo Centro Hospitalar no qual trabalho e ao qual também pertence a CP na qual estagiei inicialmente, já que é para este SUP que são encaminhadas, em caso de urgência já no domicílio, as crianças e famílias acompanhadas pela equipa de Enfermagem da referida CP. Era também, à data, acreditado como Hospital Amigo dos Bebés, pelo que existia o compromisso da promoção do aleitamento materno e das competências parentais associadas. Assumi desde logo esse mesmo compromisso e prestei, eu própria, cuidados de enfermagem promotores do aleitamento materno no sentido das boas práticas e da coerência e trabalho em equipa,

Neste SUP são admitidas crianças com idades compreendidas entre os 0 e aos 18 anos, que ali recorrem maioritariamente por iniciativa dos pais/tutor legal (por vezes vindos diretamente da escola) ou por encaminhamento dos cuidados de saúde primários e da linha Saúde 24®. Comecei por ser guiada pelo enfermeiro de referência numa visita ao vulgarmente chamado “Balcão de Urgência”. Este é composto por: Sala de Espera e Receção;

Sala de Triagem; Sala de Reanimação (que apenas visitei, por não ter surgido nenhuma situação que carecesse da sua utilização); Sala de Tratamentos; Sala de Aerossóis; Internamento de Curta Duração (vulgarmente chamado Sala de Observação/SO, que também só visitei) e quatro gabinetes médicos, tendo acompanhado o enfermeiro de referência em alguns desses contextos conforme a disponibilidade da escala de distribuição dos enfermeiros por turno. A nível organizacional, este SUP tem no mínimo um enfermeiro por posto de trabalho e pelo menos um EEESIP por turno.

Tanto nas situações de normal funcionamento diário como em situações de catástrofe, neste SUP utiliza-se o Sistema Triagem de Manchester, amplamente conhecido no âmbito da saúde e já implementado em Portugal desde o ano 2000 “(...) enquanto instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de serviço de urgência (...)” (DGS, 2015, p. 6). Após inscrição por parte dos pais (ou outro adulto responsável) na Admissão de Utentes, na qual é logo questionada pelos administrativos a razão de recorrer ao SUP, a criança e família aguardam na Sala de Espera até ser chamada para a Sala de Triagem. Aí, o enfermeiro acolhe verdadeiramente ao SUP e começa por fazer algumas perguntas sobre o motivo da vinda.

Este protocolo clínico, posto em prática diariamente pelo enfermeiro de referência do estágio à semelhança dos restantes enfermeiros da triagem dos hospitais portugueses, não estabelece diagnósticos clínicos, mas antes identifica uma prioridade clínica, perante os sintomas que o cliente apresenta e o levaram ao SUP (idem). Assim, e durante a minha observação participante nos cuidados prestados na Sala de Triagem, permitiu-me participar na classificação e representar por cores o grau de gravidade e o tempo previsto de atendimento de cada cliente (Grupo Português de Triagem, 2015). Os algoritmos implementados na sequência da Triagem de Manchester permitem agilizar o fluxo de circulação de clientes do SU, aumentando também a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (DGS, 2015).

Desde cedo, logo nas primeiras situações de triagem, foi possível confirmar que a temática central do estágio faria, também, sentido neste contexto de doença aguda e (supostamente) urgente. Face à temática central do estágio - a promoção das competências parentais por via do ensino da massagem ao bebé -, é de referir desde já a concordância do que observei na prática de cuidados com as conclusões do estudo levado a cabo por Cunha,

Nunes, Nunes e Azeredo (2007). De facto, “A maioria das visitas neonatais à urgência pediátrica hospitalar corresponde a situações não urgentes.” (Cunha, Nunes, Nunes, & Azeredo, 2007, p. 235). Concordando com Cunha, Nunes, Nunes, & Azeredo (2007), os motivos que parecem preocupar mais os pais de recém-nascidos, levando-os a recorrer ao SUP no decurso do meu estágio foram: queixas gastrointestinais (alterações do trânsito intestinal, vômitos, dificuldade alimentar, má progressão ponderal); icterícia neonatal; queixas respiratórias; choro; lesões cutâneas e das mucosas; febre isolada; “outros”, grupo no qual se podem incluir situações como hipertrofia mamária, pequenas perdas hemáticas (que se podem assemelhar a pequenas menstruações), pequenos acidentes e quedas, nódulo cervical, edema do couro cabeludo, massas inguinais ou escrotais, urina avermelhada por cristais de urato e movimentos “anormais”.

É de referir a este respeito que muitas dessas temáticas que preocupavam os pais e os fizeram recorrer ao SUP são sobreponíveis às da lista construída nos módulos de estágio anteriores, confirmando, mais uma vez, a existência de um grupo de temáticas que preocupa a generalidade dos pais em transição para a parentalidade. De entre essas temáticas sobressaiu o choro, que, segundo muitos pais, era geralmente súbito, aparentemente difícil de explicar, inconsolável e que não respondia às habituais medidas de conforto proporcionadas pelos pais (como alimentar, mudar a fralda, despir ou vestir peças de roupa para garantir conforto térmico ou embalar no colo). Segundo Brazelton (1995), esses é o comportamento evidenciado pelo bebé quando sente cólicas, que consistem numa dor abdominal aguda tipo espasmo, e que não permite que o bebé se autorregule e se mostre tranquilo. Consequentemente, geram-se momentos de grande ansiedade nos pais que, por sua vez, aumentam ainda mais o choro do bebé e o seu desconforto, tornando-se progressivamente mais difícil tranquilizar pais e filhos nestas situações de cólica do bebé. Os cuidados antecipatórios neste âmbito permitem aos pais compreender melhor esta situação de desconforto (frequente e fisiológico) do bebé e, portanto, geri-la melhor, promovendo o bem-estar da criança e família como um todo. Foi precisamente nessa ordem de ideias que construí um vídeo promocional do toque e da massagem ao bebé (apêndice IX), no qual, após discussão com a enfermeira de referência e a enfermeira-chefe do SUP, optei por apresentar também e exemplificar a técnica de massagem das cólicas proposta pela International Association of Infant Massage IAIM® e introduzir uma chamada de atenção relacionada com

o risco de queda do bebê. Logo que possível, e salvaguardadas todas as questões éticas relacionadas, esse vídeo será apresentado ao longo das 24 horas do dia na televisão da Sala de Espera mais pequena, dentro do próprio SUP, onde geralmente aguardam, mais resguardadas, as famílias com bebês até aos seis meses de idade.

Sempre que se afigure necessário, a visualização desse vídeo deve ser seguida de informação complementar e do esclarecimento das dúvidas que possam surgir por parte do enfermeiro que acompanhar a família em contexto de Sala de Tratamentos ou Sala de Aerossóis e/ou Internamento de Curta Duração.

É de referir a este respeito que neste SUP são geralmente os enfermeiros que, com a ajuda de uma sonda, massajam o abdómen e fazem estimulação rectal aos bebês com cólicas. Todavia, essa massagem das cólicas não tem (formalmente) por base nenhuma técnica em particular, sendo vista como uma técnica ao dispor do enfermeiro e não tanto como informação muito útil a transmitir aos pais no contexto da promoção das suas competências parentais. Assim sendo, geralmente não era feita a posterior validação da informação transmitida, pelo que procurei ir fomentando nas passagens de turno a discussão em torno da importância do ensino aos pais da massagem das cólicas e da subsequente validação da informação transmitida.

Nesta ordem de ideias, fica claro que a atividade de construção do vídeo e os cuidados de enfermagem de nível de especialista que prestei às várias crianças e famílias que recorreram ao SUP por cólicas do bebê e possibilitaram o desenvolvimento de várias CEEEEESCJ, nomeadamente: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (critérios de avaliação E1.1.4 Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença e E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde); E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (critério de

avaliação E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas); E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (critérios de avaliação E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor); E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (critérios de avaliação E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil).

Mais uma vez, e especialmente por ser um contexto tão diverso e tão novo para mim no que respeita às características do cliente e às situações de saúde/doença que o levaram ao hospital, a prática reflexiva teve um papel fundamental para orientar a minha aprendizagem face aos objetivos específicos e gerais deste estágio e, assim, potencializar o desenvolvimento das competências de EESIP. Em apêndice encontra-se o diário de campo elaborado nessa mesma lógica de aprendizagem e evolução (apêndice X).

#### **2.4. Internamento de Pediatria Médica . 1ª Infância**

O quarto módulo do meu estágio decorreu no período compreendido entre 26 de Dezembro de 2014 e 11 de janeiro de 2015 conforme cronograma (apêndice I) num serviço de Internamento de Pediatria Médica – 1ª Infância (IPM), do mesmo hospital central, à data acreditado como Hospital Amigo dos Bebés (Unicef Portugal, 2016). Neste serviço são recebidas e internadas crianças entre os 2 dias de vida (vindas do domicílio já após alta dos Serviços de Internamento de Puérperas) e os 2 anos, na grande maioria dos casos transferidos do SU do mesmo hospital ou, eventualmente, após transferência inter-hospitalar relacionada com gravidade do quadro clínico ou área de abrangência do hospital/residência da família. Ainda que tivesse havido crianças internadas por agudização da sua patologia crónica, a grande maioria das crianças internadas no IPM durante o meu estágio estava hospitalizada

pela primeira vez por doença aguda (bronquiolite, gastroenterite, doença metabólica entre outras).

Este IPM foi escolhido como local de estágio pelo facto de ser reconhecido na comunidade profissional e acolher crianças e famílias na primeira infância, o que facilitaria e enriqueceria seguramente a minha aprendizagem no que respeita à aquisição e desenvolvimento das CEEESCJ intimamente relacionadas com a temática central do estágio.

A documentação dos cuidados prestados era, à data, feita informaticamente e utilizava a taxonomia CIPE (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Este foi o meu primeiro contacto com essa taxonomia em contexto de prestação de cuidados (apenas a tinha estudado em contexto académico). Acresciam, ainda, alguns (muito pouco frequentes) registos de enfermagem no BSI, juntando-se a esse boletim documentos como a Nota de Alta ou as prescrições e indicações fornecidas aos pais.

Assim, em conjunto com a orientadora de referência, procurei contruir registos de enfermagem que refletissem a essência dos cuidados de enfermagem promotores das competências parentais por via do ensino da massagem infantil aos pais das crianças internadas na lógica que tem sido apresentada ao longo deste relatório. Nessa ordem de ideias, sobressaíram os diagnósticos relativos aos focos Dor (relacionada com a cólica do bebé) e o Papel Parental. Todavia, inicialmente senti grandes dificuldades na articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada visto que, frequentemente, o significado atribuído a determinado conceito pela CIPE ficava muito aquém do necessário e do que realmente significavam os cuidados prestados nesse âmbito. É de referir, todavia, que a taxonomia em questão reforça a importância da validação, essencial no que se refere ao ensino da massagem infantil aos pais. A este respeito, Lopes (2005, p. 224) afirma que, “(...) para que a informação cumpra o papel de organizador, precisa de ser contextualizada, repetida e garantida (...)”.

A doença e consequente hospitalização da criança assomam como uma crise na dinâmica familiar, estando a reação dos pais à doença dos filhos dependente dos seguintes fatores descritos por Algren (2006) citado por Tavares (2011): gravidade da ameaça; experiência prévia de doença e hospitalização; procedimentos médicos envolvidos no

diagnóstico e tratamento; sistemas de apoio disponíveis; ego forte; outros stresses no sistema familiar; crenças culturais e religiosas e padrões de comunicação entre os membros da família.

Neste contexto de internamento, constatei que os pais identificavam frequentemente as suas necessidades de informação e as competências parentais que queriam e/ou precisavam de adquirir ou desenvolver, recorrendo de forma frequentemente clara e espontânea à equipa de enfermagem. Essa realidade está em concordância com a perspetiva de Rodrigues (2010), que acrescenta, ainda, que a autoavaliação de competências parentais está positivamente relacionada com o tempo de internamento, com a avaliação dos enfermeiros e com a satisfação em relação aos cuidados de enfermagem prestados.

Assim sendo, ao longo dos turnos, fui sendo questionada sobre diversas temáticas, como alimentação, higiene, repouso, gestão do regime terapêutico, entre outras. Aproveitei esses momentos e os cuidados prestados nesse âmbito para avaliar os conhecimentos e eventual interesse dos pais sobre o desenvolvimento infantil e comportamentos de promoção da saúde como é o caso da massagem infantil. Posteriormente, com a concordância do enfermeiro de referência, disponibilizei-me para, de forma individual, ensinar a alguns pais o protocolo de técnicas de massagem ao bebé sugeridas pela IAIM®. Organizei essa informação em forma de panfleto (apêndice XI) e posteriormente avaliei os resultados da minha intervenção de educação para a saúde (apêndice XII).

O planeamento e desenvolvimento da sessão de educação para a saúde e a construção do panfleto permitiram-me desenvolver as seguintes competências comuns: A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (critérios de avaliação: A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco A2.2.2. Adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória) e D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (critérios de avaliação: D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática

especializada; D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes).

Para a criança, a doença e hospitalização pode constituir-se como uma das primeiras crises a que fica sujeita, sendo a experiência de hospitalização fonte de stress e ansiedade relacionada com fatores como a separação, a perda de controlo, o medo de lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). A forma como cada criança reage a esses fatores depende, por um lado, do estágio e desenvolvimento em que se encontra e, por outro lado, às estratégias de *coping* que desenvolve em resposta à hospitalização. Contudo, “(...) sabemos hoje que é possível reduzir os efeitos negativos dessa experiência.” (Barros, 2003, p. 75).

Logo desde os primeiros turnos, tomei consciência que do enfermeiro dependem grande parte das experiências que possam ser proporcionadas à criança durante o seu internamento em ambiente hospital, pelo que senti que era, de facto, muito pertinente a possibilidade de promover a massagem infantil junto daquelas crianças e famílias internadas no IPM.

Nessa ordem de ideias, e para atingir os objetivos a que me propus, desenvolvi observação participante na prestação de cuidados de enfermagem e procurei situações de aprendizagem com enfoque na promoção do toque, da massagem ao bebé e das competências parentais. Fazia sentido promover as competências parentais e também os benefícios mais amplos da massagem e do toque, no sentido de tornar menos penosa e mais confortável e positiva aquela situação de doença e internamento.

Durante essa observação participante, pude constatar que a grande maioria dos enfermeiros deste IPM desconhecia as técnicas de massagem que abordo neste relatório. Todavia, observei com frequência esses mesmos enfermeiros a massajar e a ensinar aos pais a massagem ao abdómen das crianças internadas, em particular dos bebés, sem, contudo, terem por base nenhuma técnica em particular e utilizando geralmente uma sonda em vez da cânula de Bebegel® (cânula essa que geralmente sugiro aos pais, visto ser o que mais facilmente conseguem ter à disposição no domicílio para este efeito).

Verifiquei, ainda, ao longo deste estágio que, por várias vezes, exerci um papel fundamental enquanto elo de ligação entre a criança, os pais e os restantes profissionais de saúde que acompanham o criança e família.

Aquando do planeamento deste estágio, no âmbito de uma entrevista informal com o enfermeiro-chefe, ficou decido que desenvolveria uma sessão de formação em contexto de trabalho, dirigida à equipa de enfermagem, no âmbito da temática transversal ao estágio. Todavia, em discussão com o enfermeiro de referência e posteriormente com o enfermeiro-chefe, e tendo em conta a grande sobrecarga horária da equipa (em virtude de haver vários colegas ausentes do serviço por baixa e por licença de parentalidade), concordei que tal sessão não seria prioritária para a equipa naquele momento. Assim sendo, procurei ir transmitindo nas passagens de turno os resultados do ensino da massagem aos pais e da sua implementação das respetivas técnicas, com vista à continuidade de cuidados e à reflexão sobre essa temática. Esta situação, ainda que inesperada, permitiu a aquisição das seguintes competências comuns: A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada (critério de avaliação: A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa) e D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (critérios de avaliação: D1.1.1. Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar; D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional).

No que se refere à prática reflexiva, transversal a todo o estágio, é de referir que, apesar de terem surgido no decurso desse módulo do estágio muitas situações de cuidados relevantes e sobre as quais foi importante refletir, surgiu a possibilidade de participar numa atividade diferente e pouco habitual, sobre a qual se refletiu sob a forma de um diário de campo (apêndice XIII).

Enquanto enfermeira que cuida de crianças em contexto de internamento hospitalar, adquiri e desenvolvi um vasto conjunto de competências que me permitiu promover o seu desenvolvimento infantil harmonioso nesse contexto tão específico, especialmente por via da promoção das competências parentais e da massagem infantil. No final deste módulo do

estágio, e concordando com a OE (2010) e com a perspectiva do MTP, senti reforçada a certeza de que, se conseguirmos olhar para a criança e família para além do contexto hospitalar imediato, veremos que cada momento é, de facto, uma oportunidade para trabalhar as características pessoais como a vinculação segura, os recursos psicológicos, o conhecimento e as expectativas realistas, maximizando assim os efeitos benéficos da hospitalização em detrimento das dificuldades que esta acarreta.

## **2.5. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

Este quinto e último módulo do meu estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do mesmo hospital central, no período compreendido entre 21 de Janeiro e 15 de Fevereiro de 2014 conforme cronograma (apêndice I). Esta UCIP pertence ao Departamento de Urgência/Emergência do referido hospital, tendo como missão a prestação de assistência na área de cuidados intensivos à criança entre os 28 dias de vida e os 18 anos, com patologia do foro médico ou cirúrgico. Nesse contexto, são internadas crianças em estado crítico, com funções vitais em risco, pelo que carecem de monitorização contínua e técnicas terapêutica frequentemente invasivas.

Para além de ser reconhecido na comunidade profissional, a opção por este local de estágio prendeu-se com a possibilidade de o mesmo me possibilitar oportunidades muito mais diversificadas de cuidar e também de prestar cuidados de nível de especialista a bebés e famílias no âmbito da temática central do estágio, não ficando, contudo, reduzida à neonatologia. Embora pudesse parecer inicialmente pouco facilitadora do aprofundamento da temática central do estágio, o investimento neste módulo foi essencial para me aproximar da difícil e especial realidade destas famílias e dos enfermeiros que ali trabalham e para me permitir desenvolver e adquirir novas competências relacionadas com o cuidar da criança e família em situação de doença grave e risco de vida. Desenvolvi observação participante no âmbito de um amplo leque de situações de doença, na sua grande maioria novas para mim, prestando cuidados a crianças em situações de pós-operatório de neurologia, oncologia, pneumologia, ortopedia, situações de foro médico e ainda de crianças vítimas de queimaduras. Muitas destas crianças estiveram ainda sujeitas a ventilação e monitorização invasivas,

cateterismo central, curarização, sedação e analgesia, drenagens torácicas, vesicais e ventriculares, entre muitas outras técnicas específicas de uma UCIP. Assim sendo, fui adquirindo novas competências, como por exemplo, E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (critérios de avaliação: E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.; E2.1.2 Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico) e D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (com exceção do critério de avaliação D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação).

Procurei não me deixar absorver pela complexidade de cuidados à criança em situação crítica, mas comunicar adequadamente com essa e com a sua família e promover a expressão de sentimentos e dúvidas. Foi nesse contexto que abordei a importância do toque e da massagem infantil junto de alguns pais, fazendo reforço positivo quando percebia que estavam a tocar o seu filho com intenção de promover os benefícios da massagem para a criança e para os próprios pais, na relação. Mas mais do que falar muito a respeito da temática central do estágio, é de referir a este respeito que houve muito espaço e tempo para o silêncio e troca de olhares cúmplices entre mim e os pais, que me levaram a perceber que a minha intervenção estava a fazer sentido para aquelas famílias naquele momento e naquele contexto tão particular.

A UCIP é, de facto, um serviço particularmente complexo no que se refere aos equipamentos tecnológicos utilizados diariamente para fazer face às graves situações clínicas das crianças internadas, geralmente de prognóstico reservado e até mesmo em risco de vida. Nesse contexto novo para mim, inicialmente observei e depois comecei a participar cada vez mais nos cuidados de enfermagem, sempre tendo por base a filosofia de CCF. Assim sendo, procurei sempre reconhecer e demonstrar nos cuidados prestados que o bebé e a criança são seres dotados de muitas e importantes competências e que a família é um elemento essencial à saúde dos mesmos.

Desde cedo, por via das entrevistas informais ao enfermeiro-chefe do serviço e ao enfermeiro de referência, percebi que existia uma Política de Qualidade já implementada que promove a implementação de projetos com vista à melhoria da qualidade assistencial. A

equipa desta UCIP mostrou-se, desde logo, dinâmica e aberta a novas iniciativas e abraçou o meu desafio de me ajudar a aprender e de refletirmos em conjunto sobre a promoção das competências parentais por via do ensino da massagem infantil aos pais das crianças ali internadas.

A este respeito, sobressaiu no estágio o conceito de organização aprendente sugerido por Leithwood & Aittken (1995) citados por Bolívar (1997), que se refere a um grupo de pessoas que perseguem os mesmos objetivos e se comprometem a rever regularmente e enquanto coletivo, os valores dos referidos objetivos, modificá-los e desenvolver continuamente modos mais efetivos e eficientes para os atingir. Assim, organizações aprendentes são organizações que melhoram, de uma forma continuada e persistente, os seus resultados através de melhorias de desempenho individual e organizacional. Com vista à aquisição e desenvolvimento da competência comum do enfermeiro especialista D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (critérios de avaliação: D2.1.1. Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais; D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas; D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos; D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; D2.1.5. Avalia o impacto da formação) e também no sentido de abraçar, também eu, esse mesmo compromisso para a melhoria da qualidade assistencial, decidi em conjunto com a equipa de enfermagem planejar, divulgar e realizar uma sessão de formação em contexto de trabalho (apêndice XIV) e construir um dossier temático subordinados ao tema “Promover as competências parentais em cuidados intensivos pediátricos – o ensino da massagem infantil.” Foi uma boa forma de terminar este módulo do estágio, sobressaindo, mais uma vez, o espírito acolhedor e crítico da equipa da UCIP que foi fundamental para que a minha passagem por ali fosse tão conseqüente no que respeita ao desenvolvimento de competências.

## **2.6. Das Competências Adquiridas**

Em tom de resumo, faz sentido sistematizar as várias competências adquiridas no decorrer do estágio, nomeadamente no âmbito da temática “A massagem Infantil – Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediatria na promoção das Competências Parentais”.

Os objetivos delineados e respetivas atividades desenvolvidas, descritos ao longo deste capítulo, foram ao encontro do preconizado pelos documentos reguladores da profissão e, particularmente, dos cuidados especializados do EESIP. Esses objetivos e atividades permitiram-me, então, cumprir os critérios para a aquisição do grau de EEESCJ, ou seja, a aquisição das CCEE (OE, 2010a) e das CEEEESCJ. (OE, 2010b)

Apresentam-se, de seguida, as competências adquiridas e mais relevantes no que concerne à temática central do estágio. É certo, porém, que foi transversal a todo o estágio uma grande vontade de tirar o máximo partido desta oportunidade única de desenvolver, no seu todo, as CEEEESCJ, ainda que não faça sentido nomeá-las a todas neste relatório. Por essa mesma razão, também os diários de campo construídos não se cingiram a situações de cuidados que se desenrolaram em torno da promoção das competências parentais pelo ensino da massagem infantil, mas apresentam um rol mais diverso de situações de cuidados, que aludem e confirmam a aquisição e/ou o desenvolvimento das amplas competências de EESIP.

Foram adquiridas e/ou desenvolvidas as CCEE, competências essas que remetem para as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, integrando os quatro domínios previstos pela OE (2010a). A respeito, é de referir que os vários diários de campo construídos tiveram sempre por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988) e correspondem, cada um deles a uma situação de aprendizagem que se afigurou particularmente significativa e que aproxima, verdadeiramente, o leitor do caminho construído a cada cuidado prestado. Esses diários são, então, a expressão clara e inequívoca do caminho percorrido e das competências adquiridas e desenvolvidas.

Foram adquiridas e/ou desenvolvidas as CEEEEESCJ, sobressaindo no âmbito da temática escolhida as seguintes: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E.2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

A este respeito, e porque foram muitas as situações de cuidados a crianças e famílias estrangeiras (de diversas origens e com tão diferentes experiências de vida e de saúde-doença), sobressaiu neste estágio a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESIP que dão especial enfoque ao respeito pelas crenças e cultura do cliente, ou seja, aos cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis (Regulamento n.º 123/2011, 2011, pp. 8654-8655), (Critérios de avaliação E 1.1.2. Comunica com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis e E 3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura).

Ainda a respeito do desenvolvimento e aquisição de competências enquanto aluna/enfermeira-estagiária, constato hoje que o contexto de estágio da especialização em enfermagem e que cada equipa de enfermagem em particular, me ofereceu novas e muito interessantes oportunidades de relação e comunicação interpessoal e intergrupar. Senti que tal potenciou de forma inequívoca a minha reflexão, o meu autoconhecimento e a minha aprendizagem, concordando com Tavares (1996) citado por Ferreira (2004) quando afirma que a qualidade das aprendizagens é determinada pela qualidade das relações pessoais e interpessoais que ocorrem durante o processo de aprendizagem. (Ferreira, 2004)

É de salientar que, durante o estágio em questão, foi diária a partilha de pensamentos, perspetivas e conhecimentos com o professor orientador, com o enfermeiro de referência do estágio, com a equipa de enfermagem de uma forma mais ampla e, mesmo, com os colegas do

curso, também eles em estágio simultaneamente. Por um lado, essa partilha permitiu o desenvolvimento da assertividade e a construção conjunta de novas e mais ricas resoluções para o(s) problema(s) identificado(s). Por outro lado (e fiquei muito contente de o ouvir várias vezes, por exemplo nas passagens de turno), essa partilha permitiu, também, a reflexão e o enriquecimento das equipas de enfermagem que me acolheram, pelo contacto com a minha perspectiva e a(s) perspectiva(s) do(s) autor(es) que ia mobilizando, sendo que este último era, aliás, um dos importantes objetivos gerais do estágio.

Para que haja aprendizagem pela experiência, como se pressupõe num estágio, é também necessário que exista intencionalidade por parte dos intervenientes nas situações de trabalho, ou seja, que a interação com a situação tenha significado (Serrano, Costa, & Costa, 2011). E, para mim, teve sempre muito significado! A cada dia, a cada novo turno, parava alguns segundos no vestiário para me lembrar e motivar a ser a enfermeira (quase especialista) que tinha de ser para que os olhos “das minhas crianças” brilhassem. E muitas vezes brilharam, mesmo na dor, em resultado de um determinado ato meu. Curiosamente, por vezes senti que me teria sido difícil fundamentar esse mesmo ato se tivesse sido questionada imediatamente, naquele exato momento. Mas, ainda assim, fazia todo o sentido dada a circunstância e a criança/família em questão. Nessa ordem de ideias, este estágio também me ensinou que, face ao estágio de desenvolvimento profissional em que me encontro, é imprescindível revalorizar a intuição e a inteligência prática, baseada nos meus saberes científicos sólidos (é certo), e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional (Serrano, Costa, & Costa, 2011) que tão arduamente busquei (e ainda busco a cada dia).

Por todas estas razões, o contexto de estágio potenciou muito a minha motivação e, conseqüentemente, as aprendizagens e competências que adquiri. No final do estágio que aqui se espelha, concluo que prestei, de facto, “(...) de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e sua família, procurando responder globalmente ao mundo da criança” (Kelly et al, 2007 citado por OE, 2010b)

Cada um dos módulos de estágio atrás descrito se afigurou como uma experiência de aprendizagem única e muito interessante, constituindo-se como um momento ímpar para o

desenvolvimento e consolidação das CEEEEESCJ. Foi esse processo formativo que se pretendeu espelhar nestas linhas, partindo-se dos objetivos gerais delineados para explicitar a transformação pessoal e profissional verificada (e impossível de negar).

É com muita alegria que, face ao descrito, concluo que os objetivos gerais e específicos foram atingidos, tendo sido desenvolvidas a grande maioria das atividades planeadas e devidamente justificada a não consecução de algumas.

É de salientar que o crescimento enquanto pessoa e, principalmente, enquanto enfermeira a caminho da especialização, para além da aquisição das competências descritas, levou-me, também, a imprimir nos cuidados prestados cada vez mais criatividade e a sonhar com as inúmeras possibilidades que todo este processo formativo colocou à minha disposição. Foi precisamente nessa ordem de ideias que surgiu o capítulo seguinte.

### 3. DOS PROJETOS FUTUROS

Este terceiro capítulo surgiu espontaneamente porque o percurso até aqui descrito não faria sentido sem a perspectiva da aplicação futura dos conhecimentos e competências adquiridos ao longo do estágio, com vista à promoção das boas práticas em enfermagem e à excelência dos cuidados que prestarei às crianças e famílias a partir de agora.

A experiência adquirida na prestação de cuidados de enfermagem às famílias em transição para a parentalidade, nomeadamente no âmbito de cursos de massagem ao bebé, leva-me a crer que a inclusão desses mesmos cursos em ambiente escolar (não se cingindo às instituições de Saúde públicas ou privadas como tem sido habitual) poderá ser uma estratégia poderosa para trazer as famílias ao berçário/creche/escola e envolvê-las cada vez mais e melhor na educação e na saúde dos seus filhos. Para além da promoção das competências parentais, trabalhar-se-ia no sentido de apoiar as famílias na construção de laços entre si e com a equipa escolar, ajudando-as a construir e fortalecer uma rede de suporte social<sup>3</sup> cada vez menos habitual nos nossos dias (especialmente em contexto urbano), mas sempre tão importante, como ficou claro logo no quadro conceptual deste relatório.

Esta minha última proposta, apesar de inovadora (em tudo o que isso tem de bom e de difícil), encontra nova força na 11ª Recomendação do documento “A Educação dos 0 aos 3 anos” (Educação, 2011, p. 31) - Alargar o “Direito à Palavra” aos mais pequenos. De facto, “(...) é fundamental escutar as crianças destas idades, nas suas modalidades diversificadas de expressão.” (idem). Ora, a massagem ao bebé constitui-se como um momento de comunicação e de expressão entre pais e filhos. Através da massagem ao bebé, pais e filhos vão-se conhecendo cada vez melhor, construindo-se aquele momento como um momento de

---

<sup>3</sup>Sarason (1983) citado por Pais-Ribeiro (1999, p.547) define suporte social como“(...) a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”.

partilha, de convívio e de disponibilidade total para se relacionar e aprender na relação, aprendendo a identificar as pistas que o outro vai dando, muitas vezes através da linguagem corporal (Bárcia & Sá, 2010). Apesar de pouco habitual nos países ocidentais, constitui-se, então, como um espaço-tempo privilegiado para garantir o direito à palavra (verbal e não verbal) dos mais pequenos, dando espaço e tempo para os pais/cuidadores aprenderem a interpretar o que os bebés vão expressando, respeitando sempre a sua vontade e a sua necessidade de autonomia e de exploração independente (Ramalho & Castro, 2010).

Também o Programa-Tipo de Atuação na Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) reforça esta minha perspetiva, na medida em que afirma que “O trabalho em equipa – não só no sector da saúde, mas alargado à comunidade e às estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, ATL, colectividades desportivas ou associativas, serviços da Segurança Social, autarquias, etc.) – precisa de ser estimulado e assegurado, como forma de responder à complexidade dos actuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, actuações multiprofissionais e interdisciplinares.”

Por fim, e por tudo o que referi, concordo com Fawcett & Russel (2001) na sua afirmação de que cabe também ao enfermeiro a responsabilidade de participar ativamente na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas que visem a melhoria da saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades. As preocupações transmitidas por vários pais ao longo deste estágio foram essenciais para me despertar para esta temática e para me impelir a pensar, criar soluções no âmbito das minhas novas competências de EESIP, sonhar... e, logo que possível, começar a materializar esse sonho sob a forma do meu (ainda embrionário) PROJETO MÃOS P’RA QUE TE QUERO - *Curso de massagem ao bebé e outras conversas*. Este projeto será por mim proposto e desenvolvido em escolas com berçário na região de Lisboa, cujas equipas pedagógicas partilhem comigo esta visão que conjuga saúde, educação e família no espaço escolar. Consistirá, em suma, num conjunto de 4 a 5 encontros semanais no berçário, programados com os pais (e eventualmente outra pessoa significativa), e que abordarão, não só a massagem a bebé, mas também outras temáticas relacionadas com a transição para a parentalidade, os cuidados ao bebé e o desenvolvimento infantil. Assim, procurarei promover as competências parentais, a saúde familiar e a construção de laços entre

as próprias famílias – o suporte social informal -, indo ao encontro das preocupações específicas de cada família e no contexto do grupo de famílias em que estará inserida.

O referido projeto enquadra-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem previstos pela OE (2011), na medida dá resposta ao enunciado descritivo Bem-estar e Autocuidado, integrando um conjunto de ações que contribuem para promoção das competências do RN; promoção da amamentação; promoção das competências parentais; desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, entre outros.

No sentido de aprofundar conhecimentos essenciais para esse trabalho tão específico num contexto pouco habitual para mim enquanto enfermeira, ingressei, entretanto, no Curso Pós-Graduado para as Ciências do Bebê e da Família, ministrado pela reconhecida FBGP. Também esse percurso está quase no fim, faltando-me apenas terminar e entregar o trabalho final, que será mais um importante passo para a concretização do PROJETO MÃOS P'RA QUE TE QUERO.

Ambos os percursos formativos– o mestrado e curso pós-graduado da FBGP – e as competências que neles desenvolvi, num conjunto quase indissociável e tão rico como trabalhoso, proporcionaram-me a possibilidade de ser transferida (a meu pedido) para a CP do hospital no qual exerço funções há aproximadamente 8 anos. Esse é “O” projeto futuro (afinal já presente) no qual tenho investido tanto quanto possível, dando mais e melhor de mim a cada dia, para que os olhos das minhas crianças brilhem.

E, assim, eu própria, enquanto pessoa e EESIP, sinto-me cada vez mais realizada na CP, também por poder aproximar pais e filhos por via da massagem infantil, por poder promover a discussão em torno dessa temática, por poder acompanhar pais e equipa de educação no berçário/escola... Por poder aproveitar e materializar em cuidados de enfermagem de qualidade tudo o que aprendi neste percurso formativo verdadeiramente especial.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento (Benner, 2001). Esta é uma frase que sintetiza bem as minhas vivências ao longo dos vários módulos do estágio aqui analisados. O relatório que aqui termina pretendeu descrever e apresentar essas mesmas vivências e o meu percurso no sentido da aquisição e desenvolvimento das competências científicas, técnicas e humanas necessárias à obtenção do grau de EEESCJ.

Das atividades planeadas, não foi possível realizar o Curso de Massagem Infantil para pais. Contudo, a implementação das restantes atividades forneceu-me mais bases para justificar a pertinência desse mesmo curso nos locais onde estagiei e, em particular, na Consulta de Pediatria onde atualmente exerço a minha atividade profissional.

É de salientar no final deste relatório que, desde o início do meu curso de mestrado até ao dia de hoje, parece-me ter havido um aumento do número de teses e projetos/relatórios de estágio subordinados ao tema da massagem infantil ou que tecem, de alguma forma, laços com essa temática. Acredito que essa postura de abertura a novas atividades e cuidados de enfermagem que incluam a massagem infantil se prende com a necessidade de, também os enfermeiros, serem cada vez mais empreendedores. Assim, também as escolas se abrem a novas temáticas, a colaborar na otimização da capacidade de intervenção dos seus alunos e a perspetivar com eles novas relações com os cada vez mais diferentes e inovadores contextos da prática. É certo que há, hoje, muitos profissionais de saúde e, até, de outros âmbitos profissionais, a massajarem bebés e a desenvolvem cursos de massagem infantil em consequência da formação ministrada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI). Todavia, a intencionalidade e a mobilização dos saberes específicos da Enfermagem que norteiam essa intervenção quando ela é desenvolvida pelo EESIP tornam-na única e imprimem à mesma o cunho da enfermagem, transformando-a, então, numa intervenção específica, de nível de especialista e orientada para a melhoria dos ganhos em saúde (OE, 2008; OE, 2010; Fawcett & Russel, 2001). E, na minha opinião, isto tem de ser dito e abertamente clarificado por todos os enfermeiros e todos estudantes que desenvolvem a sua prática profissional ou formativa neste âmbito.

Vale a pena, ainda, referir que no final do estágio, e após discussão a este respeito com a professora orientadora, percebi que o título inicialmente escolhido - “A massagem Infantil – Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediatria na promoção das Competências Parentais” - não refletia, verdadeiramente, a minha perspetiva a esse respeito. Sobrevalorizava a massagem infantil em detrimento do importante papel do enfermeiro especialista, que utiliza o ensino da massagem ao bebé como estratégia para promoção as competências parentais. Assim sendo, e se fizesse sentido recuar no tempo (e não faz, na minha opinião, precisamente porque desvirtuaria o processo e desvalorizaria o percurso construído dia-a-dia), o meu relatório teria, hoje, o seguinte título: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na promoção das competências parentais – o ensino da massagem infantil.

Percebe-se, então, que a construção e conclusão deste relatório me proporcionou nova reflexão, tendo a mesma funcionado como um momento verdadeiramente privilegiado de integração das competências adquiridas e como oportunidade para repensar a qualidade do produto final do estágio e do próprio relatório e de apreciar a minha própria capacidade de agir (Ferreira, 2004).

Em suma, enquanto espaço privilegiado de reflexão e aprendizagem, este relatório permitiu-me um crescimento profissional e pessoal impossível de negar, permitindo-me adquirir e desenvolver um conjunto de competências que me permitirão fazer face àquela que é, sem dúvida, a preocupação major do desenvolvimento da criança - “(...) seja feliz, fim último da ética, na perspectiva aristotélica e o princípio que a Carta dos Direitos da Criança defende em cada artigo” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 70).

E porque me cumpre um agradecimento particular, acrescentei, ainda, o apêndice XVI.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. C. (2014). *Cuidar da Criança e Família de risco: o trabalho emocional na preparação para a alta em contexto de neonatologia*. Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Bárcia, S., & Sá, E. (2010). A importância do toque e da massagem do bebé... alguns apontamentos. In J. C. Teixeira, *Psicologia da Saúde - Manuais Universitários* (pp. 147-160). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. Climepsi Editores.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. Climepsi Editores.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Climepsi Editores.
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Carvalho, M. C. (2013). *Um olhar sobre os afetos: promoção da vinculação da tríade mãe - bebé prematuro - pai*. Lisboa.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M., & Azeredo, P. (2007). Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa* . (S. P. Pediatria, Ed.) Almada, Portugal. Obtido em 7 de Novembro de 2014, de [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927\\_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf)

- Cruz, H. (2014). Afinal os pais também têm medo! Clube de Pais – um espaço só para pais. Obtido em 22 de Maio de 2014, de [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)
- Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. (22 de Fevereiro de 2008). *Diário da República*, nº 38, pp. 1182-1189.
- Direção-Geral da Saúde. (26 de 01 de 2012). Norma 040/2011 de 21/12/2011 actualizada a 26/01/2012 . Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde. (6 de Março de 2015). Norma nº 002/2015 de 6de Março de 2015. (*Norma sobre Triagem de Manchester*) . (D. G. Saúde, Ed.)
- Direcção Geral de Saúde. (2012). (D. G. Saúde, Ed.) Obtido em 6 de Outubro de 2014, de Plano Nacional de Saúde: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Direcção-Geral da Saúde*. Obtido em 30 de Outubro de 2014, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>
- Duarte, S. (2007). *O modelo touchpoint: O nascimento da relação, em conjunto com os pais: A utilização do modelo e a sua relação com as representações maternas da parentalidade, estilos de vinculação maternos e interacção: Diferenças ou semelhanças?* Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Educação, C. N. (29 de Março de 2011). *Recomendação - A Educação dos 0 aos 3 anos*. Lisboa, Portugal.
- Fawcett, J., & Russel, G. (2001). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Policy, Politics & Nursing Practice*, pp. 108-116. Obtido em 11 de novembro de 2013, de *Policy, politics, & nursing practice*: <http://ppn.sagepub.com/content/2/2/108.abstract>
- Ferreira, M. M. (outubro de 2004). Formar malhor para um cuidar. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, pp. 123-137.
- Fundação Brazelton/Gomes-Pedro. (10 de Maio de 2015). Obtido de Fundação Brazelton/Gomes-Pedro: <http://fundacaobgp.com/touchpoints>

- Grupo Português de Triage. (2015). *Grupo Português de Triage*. Obtido de [http://grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *WONG - Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª edição ed.). Loures: Lusociência.
- INE, I. N. (2014). *censos.ine.pt*. Obtido em 1 de 6 de 2014, de <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011>
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 10 de Outubro de 2014, de Instituto de Apoio à Criança: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatísticas Demográficas 2013*. (I. nstituto Nacional de Estatística, Ed.) Obtido de Instituto Nacional de Estatística: [file:///C:/Users/André/Documents/textos\\_tema/estatisticas\\_demograficas\\_2013.pdf](file:///C:/Users/André/Documents/textos_tema/estatisticas_demograficas_2013.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.) Obtido de Instituto Nacional de Estatística: [file:///C:/Users/André/Documents/textos\\_tema/estatisticas\\_demograficas\\_2014.pdf](file:///C:/Users/André/Documents/textos_tema/estatisticas_demograficas_2014.pdf)
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Leite, E., Santos, M., & Ribeiro, M. (2001). *Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas* (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Lopes, M. (2005). *Os clientes e os enfermeiros: construção de uma ligação*. Obtido em 23 de Maio de 2015, de ResearchGate: [https://www.researchgate.net/publication/250051751\\_Os\\_clientes\\_e\\_os\\_enfermeiros\\_construcao\\_de\\_uma\\_relacao](https://www.researchgate.net/publication/250051751_Os_clientes_e_os_enfermeiros_construcao_de_uma_relacao)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia de Boas Práticas em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. Volume 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 30 de Outubro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 30 de Outubro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, pp.547-558.

Português, E. (6 de outubro de 2009). Decreto-lei nº 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República*. Lisboa.

Ramalho, S., & Castro, F. (2010). Construção do psiquismo do bebé na relação. *Revista de Psicologia*, 2, pp.25-32.

*Regulamento n.º 123/2011*. (2011). Obtido em 20 de fevereiro de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf)

REIS, P. (2011). *Factores que influenciam as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Rocha, A. e. (2007). Que cuidado de Enfermagem na vivência do casal na sua transição para a parentalidade. In I. Camarro, *Aprendendo o cuidado em Enfermagem* (pp. 29-49). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.

Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Referência , III Série, 3*, pp. 15-23.

Silva, A.C. (2006). *Cuidar do recém-nascido – o enfermeiro como promotor das competências parentais*. (Tese de Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa.

Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir, 55*, 11-20.

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Unicef Portugal. (2016). *Unicef Portugal*. Obtido de <https://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=537>  
6

World Health Organization. (10 de Maio de 2015). Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/en/>

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Princípios e Pressupostos do Modelo Touchpoints**

## **ANEXO II**

### **Tabela de Registos de Enfermagem CP**

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Cronograma**

## **APÊNDICE II**

**Diário de Campo CP**

## **APÊNDICE III**

**Poster e panfleto CP**

## **APÊNDICE IV**

**1º Encontro UCF - Alguns apontamentos**

## **APÊNDICE V**

**Sessão de formação em contexto de trabalho UCSP (documentos vários)**

## **APÊNDICE VI**

**Poster e Panfleto UCSP**

## **APÊNDICE VII**

**Sessão de Educação para a Saúde UCSP (documentos vários)**

## **APÊNDICE VIII**

**Diário de Campo UCSP**

## **APÊNDICE IX**

**DVD com vídeo promocional do toque e da massagem ao bebê**

## **APÊNDICE X**

**Diário de Campo SUP**

## **APÊNDICE XI**

**Panfleto com protocolo de massagem IPM**

## **APÊNDICE XII**

**Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde IPM**

## **APÊNDICE XIII**

**Diário de Campo IPM**

## **APÊNDICE XIV**

**Sessão de formação em contexto de trabalho UCIP (documentos vários)**

## **APÊNDICE XV**

### **Agradecimentos**