



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A MASSAGEM COMO FORMA DE INFLUÊNCIA POSITIVA NA RELAÇÃO DA TRÍADE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Cidália Maria de Oliveira Machado

LISBOA, Março de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A MASSAGEM COMO FORMA DE INFLUÊNCIA POSITIVA NA RELAÇÃO DA TRÍADE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Cidália Maria de Oliveira Machado

Sob orientação de Elisabete Maria Garcia Teles Nunes

LISBOA, Março de 2010

RESUMO

Com os progressos tecnológicos no campo da medicina neonatal, são cada vez mais os bebés prematuros com hipóteses de sobrevivência, e cada vez mais precoce a sua idade gestacional. Tendo como premissa que a família constitui um pilar básico na estrutura da nossa sociedade, para o enfermeiro que presta cuidados numa Unidade de Cuidados Neonatais, é essencial que os cuidados prestados assentem numa lógica de cuidados centrados na família.

O cuidado centrado na família impulsiona uma mudança, da família como recipiente passivo para a família como participante activo nos cuidados ao seu bebé, representando uma abordagem holística dos cuidados; capacitando e empoderando as famílias; eleva a posição dos pais na UCIN a parceiros dos profissionais de saúde, com o objectivo comum de prestar os melhores cuidados possíveis ao bebé.

Este relatório tem como finalidade analisar o trabalho desenvolvido sobre a temática: **A massagem como forma de influência positiva na relação da tríade numa unidade de cuidados intensivos neonatais** desenvolvido em contexto de trabalho, no estágio de Saúde Infantil e Pediatria (Módulo III – Serviço de Neonatologia), realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria.

O tema foi seleccionado pela sua importância, na medida em que o desenvolvimento da vinculação é um processo complexo que constitui a base da saúde mental da criança.

Teve como objectivo: Assegurar a continuidade do desenvolvimento harmonioso do bebé, promovendo o envolvimento parental.

A metodologia adoptada, foi a descritiva reflexiva fundamentada em evidência científica, bem como na experiência da prática.

A implementação / concretização do programa de massagem foi um importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados, na medida em que possibilitou aos enfermeiros da unidade aprofundar conhecimentos sobre cuidados centrados no desenvolvimento e família e aplicá-los na sua prática diária.

Permitiu também habilitar os pais a utilizar a massagem como forma de conhecimento e interacção mútua, favorecendo a vinculação.

ABSTRACT

Due to the technologic advances on the neonate medicine, the hypotheses of surviving of premature babies are increasing, as the gestation age becomes more precocious. Taking as premise the family as the main structure of our society, for the nurse caring on the Neonate Intensive Unit, becomes essential to focus the caring on the family.

The caring focused on the family cause: a change from passive to active caring, expressing a holistic approach at caring; giving capacities and empowering; takes to a higher level, parents' position on the Neonate Intensive Unit as health professionals partners, with the common objective of better caring.

This report has as main objective to analyze the realized work for the theme: **Massage as positive influence form, in the relation triad in the Intensive Neonate Unit** that has been developed on context work, on the stage of Paediatrics and Child Health (Module III – Neonatology), realized in the Neonate Intensive Care Unit of Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE/ Hospital de Santa Maria.

The theme was selected by its importance in the way that the binding develop is the base of child mental health complex process.

It has as objective to assure the continuous harmonious develop of the baby, promoting parental implication.

The applied methodology was the reflexive descriptive reasoned on the scientific evidence, as well as practical experience.

The implementation the program for infant massage was an important contribution for the better caring quality, because it became possible to the nurses of the unit, to get deeper knowledge's on central caring development and family and applied them on the daily practice.

It also allowed parents to use the massage as a way of knowledge and mutual interaction, favouring the binding.

*«Sim, você pode.
Experiência não é aquilo que acontece a um homem.
É o que um homem faz com o que lhe acontece.»*

ALDOUS citado por CANFIELD e HANSEN (2002, p.197)

AGRADECIMENTOS

Ao incentivo e orientação
da Sr.^a Enfermeira Ana Sequeira.

À disponibilidade e orientação
da Sra. Professora Elisabete Nunes.

À tolerância e compreensão
de toda a minha família.

Ao Pedro
pela sua presença.

SIGLAS / ABREVIATURAS

APMI	– Associação Portuguesa de Massagem Infantil
CHLN	– Centro Hospitalar Lisboa Norte
Db	– Décibéis
EE	– Enfermeiro Especialista
EESIP	– Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
EPE	– Entidade Pública Empresarial
gr	– Gramas
HSM	– Hospital de Santa Maria
IAIM	– Associação Internacional de Massagem Infantil
IG	– Idade Gestacional
MC	– Método Canguru
NBAS	– Escala de Avaliação de Comportamento Neonatal De Brazelton
OE	– Ordem dos Enfermeiros
RN	– Recém-Nascido
RNPT	– Recém-nascido Prematuro
UCIN	– Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SUMÁRIO

	Pg
0. INTRODUÇÃO	9
1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	12
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ ADQUIRIDAS	18
2.1. OBJECTIVO GERAL	18
2.1.1. Justificação do tema.....	21
2.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2.2.1. Implementar um programa de massagem infantil na UCIN do CHLN, EPE / HSM, de modo a promover a interação da tríade	26
2.2.2. Elaborar uma Norma de Procedimento sobre o Método Canguru para promover a uniformização dos cuidados na equipa da UCIN.....	31
2.2.3. Prestar cuidados de enfermagem centralizados no RN e família, fomentando as competências parentais de modo a fortalecer a ligação afectiva da tríade	35
3. SUGESTÕES.....	46
4. CONCLUSÃO.....	47
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	57
ANEXO I – Caracterização da UCIN do CHLN, EPE / HSM	59
ANEXO II – História da Massagem Infantil	63
ANEXO III – Programa das Sessões de Massagem Infantil	67
ANEXO IV – Estadios Comportamentais do Bebê	81
ANEXO V – Poster de Divulgação das Sessões de Massagem.....	85
ANEXO VI – Convite para Participação nas Sessões de Massagem.....	89
ANEXO VII – Guia de Massagem para Pais	93
ANEXO VIII – Questionário de Avaliação das Sessões de Massagem: Pais	109
ANEXO IX – Resultados dos Questionários.....	113
ANEXO X – Norma de Procedimento: Método Canguru	117

ANEXO XI	– Diapositivos da Sessão de Formação	125
ANEXO XII	– Divulgação da Sessão de Formação	133
ANEXO XIII	– Plano de Sessão	137
ANEXO XIV	– Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	143
ANEXO XV	– Resultados dos Questionários	147
ANEXO XVI	– Teoría Síncronoactiva do desenvolvimento: Heidelise Als	151
ANEXO XVII	– Sinais de Stress no Bebé	155
ANEXO XVIII	– Sinais de Aproximação / Afastamento do Recém-Nascido....	159
ANEXO XIX	– Escalade Avaliação de Dor: EDIN	163

0. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de estágio insere-se no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer no ano lectivo 2008 / 2009 na Universidade Católica Portuguesa, através do Instituto de Ciências da Saúde, no âmbito da unidade curricular Estágio, (Módulo III – Serviço de Neonatologia) e tem como finalidade dar a conhecer o percurso de formação / competências desenvolvidas nesse Estágio e posteriormente ser objecto de discussão pública.

Após a conclusão do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no ano lectivo 2006 / 2007, Na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa foi obtido um conjunto de creditações, permitindo a prestação de cuidados especializados, necessitando somente de realizar o Estágio acima referido e o presente Relatório, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Deste modo, como objectivos o Relatório pretende:

- Descrever e analisar de forma crítica e reflexiva as actividades desenvolvidas de acordo com os objectivos formulados no Projecto de Estágio;
- Avaliar a operacionalização dos objectivos formulados;
- Fazer uma avaliação sobre o percurso/ trabalho realizado.

O Estágio supra mencionado decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria (CHLN, EPE / HSM), no período de 12 de Fevereiro de 2009 a 04 de Abril de 2009, num total de 180 horas.

A opção por este local de estágio relacionou-se directamente com o facto de ser o local onde exerce funções como enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica na área da prestação de cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), como profissional de saúde especializado, tem um indispensável papel a desenvolver na promoção da saúde da criança / família. O seu entendimento profundo sobre as necessidades da criança, torna-o o elemento mais competente para incrementar medidas protectoras do desenvolvimento do recém-nascido (RN), intervindo precocemente em parceria com os pais.

MEZOMO (2001) refere que, a qualidade exige mudança de pensamento e de atitudes, que só é possível com conhecimentos sólidos. A melhoria da qualidade dos cuidados é um processo contínuo, que implica a procura constante de boas práticas.

Perante tal pressuposto, tem como objectivo geral:

Aprofundar competências de EESIP e futuro Mestre nesta área, de forma a promover a massagem como forma de influência positiva, na relação da tríade numa unidade de cuidados intensivos neonatais.

A selecção do tema relaciona-se com a sua pertinência e actualidade, sendo determinante nos dias de hoje abordar a mudança de paradigma na concepção dos cuidados prestados ao RN e família nas UCIN's.

O foco principal dos cuidados nas UCIN's, está voltado para as técnicas, rotinas e outros procedimentos standardizados, que visam salvar o bebé, descurando que neste processo que o seu cérebro também se encontra em desenvolvimento.

Na actualidade, mais do que assegurar a sobrevivência dos RN muito prematuros, o grande desafio que se coloca é a de assegurar um desenvolvimento saudável, destes bebés, que pela sua vulnerabilidade, estão sujeitos a sequelas graves que comprometam a sua qualidade de vida.

Na massagem, o bebé é um elemento activo da estimulação sensorial. Através da expressão facial, do contacto ocular, visual, pele-a-pele, assim como o cheiro é reforçada a ligação afectiva entre pais e bebé.

O planeamento de cuidados ao RN deverá ser individualizado com base nas suas capacidades e fraquezas. Os objectivos desta filosofia de cuidados, visam promover a continuidade do desenvolvimento adequado do RN, garantindo estimulação adequada e ajustando as intervenções a cada bebé (BARROS, 2006).

Para a concretização deste objectivo, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

1. Implementar um programa de massagem infantil na UCIN do CHLN, EPE / HSM, de modo a promover a vinculação da tríade.
2. Elaborar uma Norma de Procedimento sobre o Método Canguru, para promover a uniformização dos cuidados na equipa da UCIN.
3. Prestar cuidados de enfermagem centralizados no RN e família, fomentando as competências parentais de modo a fortalecer a ligação afectiva da tríade.

A metodologia utilizada na redacção deste relatório foi a descritiva, analítica e reflexiva.

Para uma correcta organização dos conteúdos, assim como, para proporcionar uma leitura acessível, o Relatório foi estruturado em capítulos e sub-capítulos, que se apresentam da seguinte forma: no presente capítulo, a introdução, contextualiza-se o Relatório e dão-se a conhecer os seus objectivos; no capítulo 1, dá-se a conhecer o diagnóstico da situação; no capítulo 2, faz-se a descrição e análise crítica dos objectivos, actividades realizadas e competências desenvolvidas/ adquiridas; no capítulo 3, expõem-se as sugestões; no capítulo 4, apresenta-se a conclusão; no capítulo 5, surgem as referências bibliográficas. Em anexo encontram-se todos os trabalhos desenvolvidos no âmbito do Estágio.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Actualmente, com os progressos tecnológicos na área da medicina neonatal, são cada vez mais os bebés prematuros com hipóteses de sobrevivência, e cada vez mais precoce a sua idade gestacional, o que por sua vez, significa um acréscimo constante do número de famílias que vivem esta experiência.

A implementação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, melhorou consideravelmente os cuidados assistenciais à população Portuguesa, reduzindo assim a taxa de mortalidade infantil, encontrando-se actualmente entre os melhores 10 países a nível mundial (GUIMARÃES et al., 2007).

Em 2005, 73% da mortalidade neonatal deveu-se à prematuridade; predominantemente, estes RN's têm idade gestacional (IG) abaixo das 32 semanas e/ou peso inferior a 1500 gr. Este grupo de RN's, é responsável por 50% da mortalidade neonatal e 39% da mortalidade infantil (GUIMARÃES et al., 2007).

O CHLN, EPE/ HSM, é um hospital geral, central e universitário. A sua área de influência estende-se à zona metropolitana de Lisboa e toda a região Sul do País, pelo que para além de servir directamente a população abrangida pelas instituições da sua Unidade Setentrional, recebe doentes provenientes de numerosos hospitais distritais e regiões autónomas. Em anexo, encontra-se uma breve descrição da UCIN deste hospital para melhor percepção da realidade (Anexo I).

Na UCIN deste hospital no ano de 2008 o número de RN prétermo (RNPT), foi de 331 (12%) nados vivos, tendo havido um aumento em relação ao ano de 2007 (ABRANTES, 2009).

Relativamente ao peso à nascença, 12% apresentavam um peso inferior a 2500gr. No que respeita à taxa de mortalidade na Unidade, a totalidade de óbitos no ano de 2008 foi de 20, tendo como causa major a prematuridade, seguida de malformações (*ibidem*).

Estes dados corroboram os de 2005, confirmando-se assim que a prematuridade caracteriza a maioria da população das UCIN's.

Embora as causas do parto prematuro sejam em larga escala desconhecidas, existem factores de risco associados, consensuais na literatura: gravidez gemelar, infecções maternas, descolamento placentário e malformações ginecológicas (GUIMARÃES, et al., 2007).

Existem também outros factores, demonstrados em estudos epidemiológicos, tais como baixo nível sócio-económico, consumo de álcool, tabaco e drogas (FIGUEIREDO, 2007).

As consequências da prematuridade e do atraso de crescimento intra-uterino são vastos e englobam não só a criança mas também a família.

Os pais vêem-se confrontados com um acontecimento para o qual não estavam preparados, confrontando-se com a morte prematura do bebé imaginário, constatando que o bebé real não coincide com o idealizado.

Contrariamente ao bebé de termo, que é um elemento fundamental na estimulação das atitudes interactivas e reforçador dos comportamentos e emoções de vinculação, o RNPT apresenta-se como um ser diminuído, vulnerável e pouco competente (BARROS, 2006). A prematuridade provoca uma perturbação na relação pais / RN com consequências negativas na adaptação parental.

Alguns autores (CATLETT e HOLIDITCH-DAVIS; VANDENBERG e WYLY citados por BARROS, 2006) reconhecem igualmente que, a hospitalização na UCIN representa uma importante fonte de stress para os pais, que têm de se adaptar ao seu novo papel, mas também para o bebé, que pela sua imaturidade, tem uma maior dificuldade na adaptação à manipulação e estimulação intensiva / continuada.

A disrupção familiar provocada pela prematuridade torna-se um desafio permanente para as equipas multidisciplinares das UCIN's. Esta situação requer vigilância permanente, dedicação, respeito e sensibilidade, para um ser extremamente vulnerável e altamente dependente do meio envolvente.

No sentido de minorar o impacto familiar, na UCIN do CHLN, EPE / HSM, existe um protocolo de parceria com o serviço de Internamento de Grávidas, com o objectivo de promover a ligação precoce da grávida de risco com a UCIN. Neste âmbito, está preconizada uma visita guiada, semanal, à Unidade, com o objectivo de esclarecer dúvidas relativas aos aspectos funcionais e estruturais, designadamente, o circuito de atendimento do RN e o espaço físico.

BIALOSKURSKI, COX e WIGGINS (2002) afirmam que, o ambiente complexo e sofisticado que envolve as UCIN's é intimidatório e hostil para os pais, constituindo também uma barreira para a relação. O bebé encontra-se separado dos pais pela incubadora, por uma série de fios e de equipamentos que, sendo fundamentais para assegurar a sua vida, chegam quase a impossibilitar aos pais a perfeita visualização do bebé.

Esta visita permite antecipar o choque, assim como o medo que os pais sentem no contacto com a realidade de ter um filho prematuro. KURST citado por AREDE, MENDES e MARQUES (2009) afirmam que, a antecipação do cenário, permite aos pais gerir as emoções e prepararem-se para o seu bebé, diminuindo o impacto.

Após o parto, o pai é a primeira visita do RN, uma vez que a mãe necessita de cuidados que a impossibilitam de o acompanhar à UCIN.

O acolhimento é feito por uma enfermeira, embora nem sempre pela mesma a quem está o seu filho atribuído. Este facto prende-se com o volume de trabalho, no momento da visita. Num primeiro contacto, é entregue uma fotografia ao pai e um folheto informativo sobre regras básicas da Unidade. A visualização do bebé através de fotografia transmite segurança e ajuda a promover o vínculo afectivo (TAMEZ e SILVA, 1999).

Procura-se não transmitir demasiada informação, uma vez que a nossa experiência mostra que os pais não a conseguem integrar na totalidade, colocando novamente as mesmas questões nos dias seguintes. O stress diminui a capacidade de assimilar e recordar toda a informação transmitida aos pais (*ibidem*).

De acordo com SERAFIM e DUARTE (2005), o acolhimento deve ser realizado numa perspectiva holística, considerando as necessidades de RN e pais como um todo. Promove a confiança parental, facilitando uma relação aberta que conduz à colaboração entre família e equipa.

Os pais têm acesso livre à Unidade, e podem também contactar telefonicamente a qualquer hora para obter informações sobre o seu bebé. São permitidas as visitas aos avós e irmãos. A visita de familiares aproxima o RN do seio familiar e também servem de apoio aos pais (TAMEZ e SILVA, 1999).

VIANA et al. (2005) corrobora esta ideia quando expõe que as mães que se sentem apoiadas pelos companheiros e família, vivem os períodos mais críticos com menor angústia e maior optimismo.

Está disponível uma psicóloga, para acompanhamento psicológico dos pais sempre que estes ou a equipa multidisciplinar a solicitem. Por outro lado, existem reuniões frequentes, constituídas pelos pais, enfermeira, médico e psicóloga no sentido informar os pais sobre a situação clínica do RN, clarificar dúvidas e delinear as etapas seguintes.

Possibilitar aos pais, expressarem todos aqueles sentimentos pelos quais estão a ser invadidos inesperadamente, garantindo-lhes que são normais face à situação e, se necessário, encaminhá-los para o psicólogo de modo a conseguir algum

controle emocional que lhes permita desempenhar adequadamente as tarefas parentais (BARROS, 2006).

Num processo conturbado como é o internamento de um bebé prematuro, observa-se uma transferência de responsabilidade dos pais para a equipa da UCIN. Estes, convencidos de que apenas os profissionais são capazes e sabem cuidar do seu bebé não reclamam participar nos cuidados com receio de pôr em causa a sua recuperação. Numa primeira etapa, os pais são observadores passivos, equiparando os profissionais a pais dos seus bebés. Todo o ambiente é estranho e intimidatório, não interpretando os parâmetros dos monitores, os alarmes, as incubadoras, pelo que se sentem impotentes e inseguros.

A dimensão do RN, impele nos pais a percepção de fragilidade, desencorajando-os a interagir com ele. Apesar de o desejarem, não o verbalizam aos profissionais, com receio de desviar a sua atenção, de outras intervenções.

Trabalhar em parceria com os pais, envolve partilhar tarefas, responsabilidades e poder. Uma comunicação eficaz é essencial para o sucesso de uma relação de parceria. É preciso compreender as exigências e conflitos apresentados pelas mães, reconhecendo que dão o seu melhor e são responsáveis. Há que considerar o envolvimento dos pais nas decisões relativas ao bebé, fornecendo-lhes informação actual, utilizando linguagem positiva e elogiando os pais para reforçar a sua auto-estima e confiança (HENSON, 2003).

Na unidade, todos os enfermeiros, procuram o envolvimento parental, através da parceria de cuidados. Apesar de nem todos explicitarem os benefícios que o seu envolvimento nos cuidados acarreta para a tríade, toda a equipa fomenta a parceria nos cuidados. Os pais são incentivados a mudar a fralda, pegar ao colo, conversar com o bebé, amamentar. Podem também sempre que possível, vestir o bebé com a sua própria roupa, trazer um brinquedo e desenhos dos irmãos, colocar música que ouvia durante a gestação.

Numa segunda etapa os pais tornam-se progressivamente mais autónomos e mais confiantes nas suas capacidades. Concorrem para esta mudança, estratégias como o incentivo à permanência dos pais, informações detalhadas sempre que solicitadas e o reforço positivo constante dos profissionais.

Penso que a comunicação verbal nem sempre é a mais adequada. A utilização de terminologia excessivamente técnica, dificulta a compreensão por parte dos pais. A comunicação eficaz entre profissionais e pais é a chave para quebrar barreiras estruturais e simbólicas e existir uma partilha de significados entre todos (BIALOSKURSKI, COX e WIGGINS, 2002). Quanto maior o tempo de

permanência, maior a familiarização dos pais e menor a vulnerabilidade destes (ORFALI e GORDON, 2004).

Deverá existir sensibilidade dos profissionais na forma de transmissão da informação, numa fase muito vulnerável da vida dos pais. Uma postura desadequada, poderá inibir os pais a expressarem as suas angústias, vivendo em silêncio momentos difíceis.

Considero que os enfermeiros necessitam de uma actualização permanente de conhecimentos ao nível das competências do RN prematuro, condição essencial para ensinar os pais a conhecerem e interpretar os sinais que os bebés transmitem aos cuidadores. Os pais devem conhecer as diferenças entre RN de termo e pré-termo, como condição básica para promover o desenvolvimento saudável.

Quando a estabilidade hemodinâmica o permite, o RN é transferido para cuidados intermédios, aumentando a autonomia dos pais nos cuidados ao bebé. Os pais são incentivados a prestarem diariamente o maior número de cuidados ao seu bebé, de modo a iniciar de forma progressiva a alta para o domicílio. Em cuidados intermédios o RN demonstra mais aptidões para interagir com o meio envolvente, pelo que se deve fomentar mais intensivamente a interacção da tríade. A parceria com os pais nos cuidados proporciona um sentimento de pertença que os identifica no papel de pais (TAMEZ e SILVA, 1999).

A massagem é uma forma de conhecimento e descoberta mútuo, sendo uma ferramenta poderosa para fomentar a ligação afectiva. Diversos estudos comprovam os efeitos benéficos da massagem no desenvolvimento físico e comportamental do RN (MCGRATH, THILLET e CLEAVE, 2007).

A massagem do RN contém elementos cruciais para a vinculação; designadamente o sorriso, contacto olho-no-olho, “toque de amor”, voz dos pais.

As mães procuram momentos significativos, o que inclui todas as acções que a levam a obter informação adequada, e todas as oportunidades de interacção que facilitam a relação com o bebé, e a tornam mais confiante no seu papel de mãe (HURST, 2001).

A falta de conhecimentos práticos sobre as diferentes técnicas da massagem, leva à sua desvalorização pelos enfermeiros; não só como veículo terapêutico, mas também como desencadeador de um desenvolvimento físico, psíquico, social e afectivo adequado para o RN.

Como EESIP e portadora de competências técnicas e relacionais, tem procurado ser agente de mudança na equipa multidisciplinar, fomentando uma maior participação dos pais nos cuidados de forma a tornarem-se parceiros. A parceria de cuidados é segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2009), uma *«filosofia de enfermagem pediátrica que reconhece e valoriza a importância da família nos cuidados à criança»*. Deste modo, considera-se que a criação de práticas de apoio à parentalidade devem ser mais incentivadas, capacitando os pais a desempenharem o seu papel parental.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS/ ADQUIRIDAS

Tal como já foi referido anteriormente, o Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Módulo III – Neonatologia) decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLN, EPE / HSM mediante a elaboração de um Projecto de Intervenção.

Para o desenvolvimento do Projecto foram delineados vários objectivos, que se descrevem e analisam a seguir, juntamente com as actividades realizadas e competências adquiridas.

2.1. OBJECTIVO GERAL

Mediante o diagnóstico de situação efectuado e já apresentado, foi traçado como objectivo geral, **desenvolver competências de EESIP e futuro Mestre nesta área, de forma a promover a massagem como forma de influência positiva, na relação da tríade numa unidade de cuidados intensivos neonatais.**

No contexto actual, cada vez mais se procura a integração entre a formação e as situações de trabalho, uma formação centrada na prática como forma de construção de saberes, em que a base é o utente e família.

A análise das práticas permite a construção de saberes assente na prática de cuidados de enfermagem ao utente; desperta para um processo reflexivo, sobre o desempenho profissional com o objectivo de melhorar a prestação de cuidados (BERNARDO et al., 2008).

O Código Deontológico, assim como o estatuto da Ordem dos Enfermeiros, constituem-se como princípios orientadores da prática de cuidados de enfermagem, de tomada de decisão, que visam a excelência de cuidados.

De acordo com DEODATO (2004), a excelência implica um nível superior de prestação de cuidados, que enjeita o circunstancialismo da qualidade, para se situar num patamar aceite como universalmente bom.

O Enfermeiro Especialista é segundo o Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE]), o técnico de saúde *«a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece*

competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade» (PORTUGAL, 2006).

As competências são assim uma indicação da capacidade do profissional para *«integrar conhecimentos, valores, atitudes e habilidades no mundo da prática»* (SCULLY, citado por OE, 2008). As competências especializadas decorrem das qualificações formais, destreza manual, experiência profissional especializada na área, conhecimento e/ou discernimento da dinâmica interna da família (OE, 2008). A competência profissional traduz-se em comportamentos que integram 3 níveis de saberes: saber/ conhecimentos – vertente cognitiva; saber-fazer/ capacidades – vertente psicomotora; saber-ser/ atitudes – vertente emocional, afectiva e ética. (DUARTE citado pela OE, 2004). Neste domínio, competência profissional é *«um fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional»* refere a OE (2004, p.36).

As competências existem quando os indivíduos que recebem a formação a aplicam eficazmente, e com conhecimento de causa, aquilo que eles aprenderam na formação numa situação de trabalho concreta.

A capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas complexos, que se vêm tornando cada vez mais frequentes na prática clínica de enfermagem (SILVA, 2001).

A exigência da sociedade, a evolução do conhecimento em enfermagem e das ciências correlacionadas e o desenvolvimento da tecnologia tornam a especialização em enfermagem cada vez mais importantes (OE, 2008). Neste âmbito,

«O desenvolvimento profissional, enquanto desenvolvimento de competências é o percurso que conduzirá à especialização no sentido da prestação de cuidados de enfermagem, assente no entendimento profundo da situação de Pessoa, como também de uma resposta de elevado grau de adequação às suas necessidades em determinada etapa do ciclo de vida» (MARÇAL, 2006, p.4).

Numa respectiva área de prestação de cuidados, afirmam KELL et al., citados pela OE (2008, p.1), *«a especialização e a peritagem clínica fundem-se em formação e*

experiência, permitindo a competência para prover cuidados de nível avançado aos clientes e afectar positivamente a prestação de cuidados, pelo desenvolvimento de padrões e prestação de cuidados baseados na evidência».

Deste modo, o especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, é um perito na concepção e gestão de cuidados à criança e família, pois detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Implementa ainda soluções com elevada adequação às necessidades, efectuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia, nomeadamente através da utilização de indicadores de ganhos de saúde (MARQUES, 2008).

A OE declara que, o EESIP deverá utilizar um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando este binómio com beneficiário dos seus cuidados.

O modelo conceptual seleccionado para consolidar a pesquisa do presente relatório de estágio foi o modelo de Anne Casey.

Este modelo teórico surgiu em 1988 e tem como base a parceria nos cuidados, no âmbito da prestação de cuidados pediátricos, em que os pais são parceiros activos da equipa de enfermagem. Este modelo de parceria é baseada no reconhecimento e respeito pela experiência da família no cuidado ao seu filho.

A autora descreve dois níveis de cuidados no modelo de parceria, nomeadamente os denominados cuidados familiares, executados pelos pais, que ajudam a criança a satisfazer as suas necessidades básicas; e os denominados cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros e que implicam alguma diferenciação, com vista à satisfação de necessidades em situação de saúde/ doença. A negociação e o respeito pela vontade da família são fundamentais para o efectivo trabalho de parceria (CASEY, 1995).

O modelo enunciado, pressupõe a existência de uma relação estreita entre enfermeiro/família, que é facilitada com a adopção da metodologia de enfermeiro responsável, permitindo um conhecimento mútuo.

O ambiente excessivamente tecnológico das UCIN's, pode provocar algum embaraço nos pais, devendo estes ter liberdade de decidir o momento mais oportuno para intervir com o seu bebé.

A implementação deste modelo teórico numa UCIN, poderá contribuir para a vinculação dos pais/ RN, através do reforço das competências parentais.

Deste modo, pais e enfermeiros deverão ser os prestadores directos de cuidados ao RN, com privilégio dos primeiros, em detrimento dos segundos. Os pais

transportam uma carga amorosa única, possível de ser veiculada pelos mesmos através do ver, ouvir, tocar e cuidar.

2.1.1. Justificação do tema

A pesquisa bibliográfica e revisão da literatura sobre a vinculação e a massagem infantil têm como objectivo fundamentar a pertinência do tema, assim como ser um contributo para a análise da parentalidade numa situação de prematuridade.

A teoria da vinculação deve-se aos estudos de John Bowlby que no seu percurso profissional se preocupou em compreender os efeitos da ausência de cuidados maternos no desenvolvimento da criança.

Um dos aspectos centrais da teoria da vinculação é o reconhecimento da importância vital do comportamento de vinculação para a espécie humana: a sobrevivência só pode ser compreendida se concebermos que os bebés nascem com um sistema comportamental que tem por função protegê-lo do perigo.

Para Bowlby a ligação da criança aos cuidadores só ocorre porque os bebés nascem com um conjunto de comportamentos que desencadeiam funções específicas e que têm como finalidade a protecção.

São exemplos destes comportamentos o chorar, agarrar, sorrir, seguir, chupar.

GUEDENEY (2004) refere que o comportamento da vinculação é mensurável através da observação do mesmo. O sorriso e a vocalização são comportamentos que favorecem a proximidade com a mãe demonstrando o desejo de interacção. O choro do bebé funciona como meio de aproximação da mãe e a desencadear comportamentos que visam acalmar a criança. O gatinhar e o agarrar são comportamentos que visam manter proximidade da figura privilegiada da vinculação.

Ao longo do primeiro ano de vida, a criança estabelece uma relação privilegiada com a figura que lhe presta cuidados básicos, assegurando desse modo a sua sobrevivência. Verifica-se também uma hierarquia de preferências, ou seja, a criança apresenta comportamentos vinculativos a mais do que uma figura familiar.

Para BOWLBY citado por RABOUAM e MORALÉS-HUET (2004), o conjunto de comportamentos efectuados pelos pais podem denominar-se de “caregiving”. Deste modo, a criança irá transmitir sinais ao cuidador que vão activar este sistema.

Não sendo um dado imediato, a vinculação mãe-bebé pode descrever-se como um processo gradual, com início na gestação e que se vai construindo ao longo dos anos, na dependência do desenvolvimento de determinadas competências por parte do bebé (FIGUEIREDO, 2003).

O bebé utiliza as suas capacidades sensoriais, para atrair e desencadear um comportamento materno como resposta.

BARROS citado por GOMES (2006) refere que, as relações de vinculação seguras, contribuem para o desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo durante a infância e idade adulta.

Numa situação de internamento, a interacção pais-bebé fica comprometida, uma vez que, o RN necessita de cuidados especiais imediatos que o distanciam fisicamente dos seus progenitores. O afastamento imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contacto e suspender o processo de vinculação (JORGE, 2004).

Os pais são acometidos por inúmeros sentimentos: tristeza, medo, revolta, ansiedade, negação, pena, choque, frustração, culpa, incapacidade, falta de esperança, conformação, isolamento, perda (BARROS, 2006).

O RNPT, não está apto a desencadear estímulos, necessitando de períodos de repouso prolongados, isento de estimulação sensorial, a fim de manter a homeostasia (REDMAN, 2002).

Intimidados pelo ambiente tecnológico, os pais inibem-se de estabelecer relações vinculativas com o seu filho.

Os profissionais que trabalham nas UCIN's desempenham um importante papel na promoção das interacções pais-bebé, minimizando os efeitos colaterais da hospitalização (GOMES, 2006).

A intervenção de enfermagem pode facilitar o desenvolvimento parental e é fundamental para o estabelecimento de uma parceria nos cuidados ao bebé (BIALOSKURSKI, COX e WIGGINS, 2002).

⇒ **A Massagem Infantil**

O toque é frequentemente a primeira conexão positiva entre pais e filhos. No entanto para os RNPT as primeiras sensações de toque são muitas vezes nocivas, praticadas por médicos e enfermeiros. A preocupação com os efeitos adversos da manipulação excessiva associada a procedimentos médicos e de enfermagem motivou a implementação de medidas de manipulação mínima, nas UCIN's. Estas

orientações podem limitar o potencial do toque positivo no desenvolvimento do bebé (Mc GRATH et al., 2007).

Nos últimos vinte anos, estudos têm demonstrado que a massagem ao RNPT apresenta mais efeitos positivos do que efeitos negativos. Estudos recentes demonstraram que a estimulação táctil-cinestética favorece o crescimento e desenvolvimento comportamental (DIEGO et al., 2005; SCAFIDI et al., 1990).

Diversos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de avaliar os efeitos no desenvolvimento do RN de termo e prematuro, assim como do impacto da mesma na interacção da tríade.

A sensação de prazer que a massagem exerce no bebé contribui para o seu desenvolvimento psicoafectivo e para a construção da imagem do seu corpo. O bebé poderá sair de uma vivência corporal fragmentada, etapa normal do início de vida, para alcançar uma representação globalizada do seu corpo. O afecto e ajustamento pais/bebé são fortemente reforçados pela massagem (MAZURE et al., 2007).

Um estudo quantitativo realizado pelo Touch Research Institute, analisou os efeitos do toque em RN prematuros internados numa UCIN. Consistia em aplicar uma estimulação durante 15 minutos, com uma frequência de 3 vezes ao dia num período de 10 dias. Os resultados mostraram que estes RN aumentaram aproximadamente o dobro de peso/ dia (não existindo diferença na dieta fornecida em termos de calorias, nem quantidade nos dois grupos); estavam despertos e activos durante mais tempo; apresentaram mais atenção, orientação e capacidade de reacção na Escala de Avaliação de Comportamento Neonatal de Brazelton (NBAS) e tiveram redução do tempo de internamento em média cerca de 6 dias (FIELD et al 1986).

Numa investigação análoga, realizada pelos mesmos autores, concluíram que a massagem, exercida com determinada pressão apresenta resultados mais satisfatórios. O estudo experimental, permitiu concluir que, os bebés em que foi dada massagem, uma vez por dia, de forma moderada, em comparação com os bebés do grupo controlo, que recebiam massagem leve ou apenas estimulação com vibração, cresciam mais (em comprimento, peso e perímetro cefálico) e tinham melhores resultados no comportamento durante o sono (avaliado ao nascer e com 1 mês de idade) da escala de Brazelton (FIELD et al., 2004).

MATHAI et al. (2001) procurou determinar os efeitos da massagem em prematuros, abordando 3 indicadores: parâmetros fisiológicos (frequência

cardíaca, respiração, temperatura e saturação de oxigénio), crescimento físico (peso, comprimento, perímetro cefálico) e desenvolvimento comportamental.

A totalidade da amostra era composta por 48 prematuros com peso ao nascer entre 1000gr – 2000gr. A massagem era aplicada entre o 3º dia e as 37 semanas de idade corrigida no grupo experimental em contraste com o grupo de controlo, sem estimulação táctil. Observou-se aumento de peso de 4,24gr/ dia e não ocorreram alterações fisiológicas significativas durante o internamento hospitalar. Na escala NBAS o grupo experimental apresentou resultados superiores ao nível da orientação, regulação dos estados comportamentais e estabilidade autonómica. Conclui-se assim que a massagem apresenta efeitos benéficos quando exercida em RN clinicamente estáveis.

FERBER et al. (2008) analisou a relação da massagem com a interacção mãe-filho. A amostra era composta por 51 RN prematuros. Estes foram divididos em 3 grupos: um grupo recebia massagem pelas mães, outro recebia massagem através dos profissionais e o restante não recebia massagem. Esta estimulação era executada durante 15 minutos, 3 vezes ao dia num período de 10 dias consecutivos. Os resultados demonstraram que a massagem no período neonatal optimiza a interacção mãe – bebé, uma vez que aos 3 meses de idade estes RN apresentavam melhor interacção e maior envolvimento social. Evidenciaram que o efeito da massagem utilizada pelas mães e profissionais é semelhante, o que permite concluir que a massagem deverá fazer parte dos cuidados de rotina numa UCIN.

Também se pretendeu perceber a relação da massagem com a depressão pós-parto. A amostra era constituída por 25 mães deprimidas e respectivos RN de termo. Foram realizadas 5 sessões de massagem num período de 8 semanas. Os resultados obtidos evidenciaram uma diminuição da sintomatologia depressiva e uma interacção mãe-bebé mais adequada (GLOVER et al., 2002).

A investigação conduzida por JING et al. (2007) demonstrou que massagem e o exercício de movimentos promovem de forma significativa o desenvolvimento físico e de “inteligência” em bebés, quer se comece a praticar estas técnicas logo no nascimento ou apenas aos 6 meses. Constituíram dois grupos de bebés, um com recém-nascidos de poucos dias e outro de bebés com seis meses de idade, dividiram ambos, em grupo de controlo e grupo experimental. Fizeram avaliações regulares durante, mais ou menos, ano e meio. Usaram como parâmetros de

avaliação comprimento, peso e coeficiente de desenvolvimento (comportamento adaptativo e linguagem) e verificaram que eram, significativamente, maiores nos dois grupos experimentais.

Numa outra vertente, SCAFIDI e TIFFANY (1996) investigaram o efeito da massagem em RN filhos de mães HIV – positivo.

A amostra foi constituída por 28 RN prematuros expostos ao HIV que recebiam massagem diária durante 15 minutos, num período de 10 dias seguidos. O grupo experimental obteve melhores pontuações na escala de NBAS relativamente a: habituação, orientação social, comportamento motor, estabilidade dos estados e autonómico. Obteve também melhores resultados na redução da excitabilidade e comportamentos de stress. Por fim, o grupo experimental adquiriu um aumento significativo a nível de peso corporal (33gr/ dia, versus 26gr/ dia).

Em 2009, é publicado um novo estudo que tem como objectivo avaliar a influência da massagem no desenvolvimento cerebral.

O grupo era constituído por 10 RN com idade gestacional entre 30 e 33 semanas de gestação. A massagem foi executada sempre pela mesma pessoa, com treino específico. A estimulação era feita durante 15 minutos e com a frequência de 3 ciclos/ dia. Os resultados sugerem que a massagem acelera a maturação cerebral do RN prematuro em particular a maturação da função cerebral (GUZZETTA et al, 2009).

Também este ano, na Cochrane se publicou uma revisão da literatura acerca de 33 estudos já efectuados sobre os efeitos da massagem na promoção da saúde física e mental dos bebés até aos seis meses de idade. Apesar da heterogeneidade das amostras, os resultados apontam nos efeitos benéficos sobre hormonas que influenciam o stress, concomitantemente com resultados positivos sobre o sono, choro e interacção (UNDERDOWN, et al., 2009).

Na ausência de evidências de qualquer dano, conclui-se então que a massagem deverá ser implementada nas UCIN'S como cuidado básico, promovendo o envolvimento parental como principais fornecedores de toque e interacção.

2.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Implementar um programa semanal de massagem infantil na UCIN do CHLN, EPE / HSM, de modo a promover a vinculação da tríade

A ligação afectiva da tríade, visível após o nascimento do bebé, teve o começo no início gestação e foi-se desenvolvendo e estruturando ao longo do seu decurso. Muitos pais começam a interagir com o feto ainda na barriga mas é com o nascimento, com o bebé real, que estes momentos se vão obrigatoriamente multiplicar. Neste âmbito, SOARES (2006) refere que, durante o primeiro ano de vida o bebé estabelece uma relação singular com a figura que lhe proporciona cuidados básicos e, desse modo, assegura a sua sobrevivência. Esta figura, representa para o bebé, a figura de vinculação a quem ele recorrerá preferencialmente ao experienciar desconforto. Embora segundo BOWLBY citado por SOARES (2006, p.77), o bebé tenda a preferir uma pessoa em particular, existe uma hierarquia de figuras de vinculação determinada por factores como o «[...] tempo despendido pelo adulto na prestação de cuidados ao bebé, a qualidade desses cuidados, o seu investimento emocional e a sua presença repetida na vida do bebé».

As experiências positivas resultantes da interacção pais-bebé são susceptíveis de contribuir para o reforço da vinculação e potenciam o desenvolvimento infantil (REDMAN, 2002). Acontece que a desarmonia nesta interacção é mais frequente no caso da criança ser prematura, pelo que é importante proporcionar aos pais momentos de interacção satisfatórios, mesmo que o bebé necessite de cuidados especiais (*Ibidem*).

Os pais desejam estabelecer uma relação social com o seu filho, apesar de todas as limitações (DI VITTO & GOLDBERG, 1995). De acordo com HENSON (2003), formar uma ligação emocional e vincular-se a um bebé prematuro pode ser extremamente difícil para alguns pais. Os factores que se pensa contribuir para o estabelecimento da hierarquia de figuras de vinculação, ficam, por vezes, adiados ou substancialmente reduzidos, o que nos leva a deduzir que o internamento do bebé pode ter um impacto negativo na vinculação pais-filho, podendo levar, por um lado, a dificuldades na interacção da tríade e, por outro, na procura pelos pais de compensar o tempo perdido durante o internamento.

As capacidades sensoriais dos bebés são fundamentais para o estabelecimento da interacção com os pais. Sabe-se, desde há alguns anos, que a criança quando nasce vem preparada para interagir socialmente, ou seja, ela tem competências inatas que lhe permitem estabelecer uma relação social.

O bebé interage com o meio que o rodeia, logo após o nascimento através dos cinco sentidos (visão, audição, olfacto, paladar e tacto) que já se encontram algo desenvolvidas na altura do nascimento, permitindo ao recém-nascido responder os estímulos e desencadear outros por parte dos pais.

O primeiro, e mais importante, sentido de comunicação entre a mãe e o RN é o tacto, que funciona como um sistema mediático entre a criança e a pessoa que cuida dela. O toque é uma forma de comunicação, sendo através dele que o bebé recebe mensagens que lhe proporcionam satisfação e prazer (ROCHA, 2000). Deste modo, a massagem pode ser um elemento regulador dos sistemas fisiológicos do bebé, assim como um veículo facilitador de laços de vinculação afectiva.

O interesse por esta área de actuação nasceu em 2007, quando, por desafio pessoal, teve oportunidade de realizar um curso de instrutores de massagem infantil na Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI). Após a concretização desse Curso e, com os conhecimentos obtidos, considerou a possibilidade de implementar no seu serviço um programa de massagem para os bebés. No entanto, esta ideia que foi “amadurecendo” com o passar dos meses, teve oportunidade de ser colocada em prática neste Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Enquanto enfermeiro na prestação de cuidados, a percepção de que a massagem era uma ferramenta pouco utilizada pelos profissionais, embora sem fundamentação científica, foi ganhando força, o que a levou a delinear este objectivo.

Desta forma e, para um adequado planeamento/ operacionalização do referido objectivo, considerou-se necessário realizar um diálogo informal com a Enfermeira Chefe da Unidade, no sentido de auscultar a sua opinião sobre a viabilidade do projecto na sua globalidade, assim como da sua pertinência para as necessidades da UCIN. Após esta conversa, a ideia de implementar um programa semanal de massagem infantil foi aceite de imediato, considerando-se inovadora, criativa e dinâmica.

A auscultação realizada aos restantes elementos da equipa multidisciplinar durante a prestação de cuidados, acerca deste Projecto foi muito positiva, revelando a equipa bastante interesse na aquisição de novos conhecimentos, o que a motivou ainda mais a prosseguir o caminho inicialmente traçado.

A Associação Internacional de Massagem Infantil (IAIM), fundada por Vimala McClure, em 1981 é uma organização internacional com associações estabelecidas em diversos países, na qual se inclui Portugal e tem como missão: *«Promover o toque nutritivo e a comunicação através da formação, educação e investigação, para que os pais, educadores e crianças sejam amados, valorizados e respeitados pela comunidade mundial».*

O facto de descrever pormenorizadamente a história e filosofia da IAIM se poder tornar fastidioso, apesar de pertinente, levou-a a elaborar uma síntese dos aspectos mais relevantes desta associação, remetendo-os para anexo (Anexo II).

O programa do APMI preconiza sessões semanais, permitindo que os pais pratiquem os exercícios até à sessão seguinte.

De modo a atingir o objectivo na sua plenitude, tornou-se necessário planear pormenorizadamente todos os conteúdos programáticos a abordar em cada sessão. Tendo em conta que o Estágio decorreu num período relativamente reduzido, decidiu-se efectivar semanalmente uma sessão de massagem, de modo a que no final de 4 sessões, estaria completo o programa. O facto de se realizar semanalmente, pressupõe um tempo suficiente para pais e bebés integrarem o programa sem se sentirem pressionados. Permite também que o instrutor transmita todos os conteúdos, obtendo como resultado a autonomia e o sucesso dos pais na massagem ao bebé.

Na elaboração do programa das sessões (Anexo III), considerou-se os recursos necessários, assim como os critérios de elegibilidade dos bebés participantes.

Apesar da flexibilidade de adaptação ao grupo alvo ser um elemento extremamente importante na massagem do bebé, há aspectos que numa sessão tipo deverão ser tidos em conta, designadamente:

- Organização da sala/ distribuição do material;
- Acolhimento pais/ bebé;
- Introdução de um quebra-gelo;
- Despir o bebé, ou despir a zona corporal que irá ser massajada;

- Aquecimento do óleo de massagem nas mãos;
- Pedir permissão ao bebé, para se iniciar a técnica;
- Sessão de massagem;
- Reforço positivo,
- Revisão das técnicas da sessão anterior;
- Integração das áreas corporais massajadas;
- Agradecimento;
- Tema de discussão parental;
- Despedida.

Partilhando das ideias de MÃO-DE-FERRO (1999), quando este afirma que o formador deve se adaptar aos participantes, tendo em atenção o modo como o tema vai interessar ao grupo. A selecção de conteúdos foi pertinente, rigorosa e com sequência lógica; do mais simples para o mais complexo. Os temas abordados durante as sessões, foram as cólicas, choro, estádios comportamentais e reflexos do bebé.

Tendo como pressuposto a filosofia da massagem infantil, foram também elaborados algumas informações pertinentes para serem entregues aos pais como complemento, de modo a aprenderem a conhecer e interpretar a linguagem do seu bebé (Anexo IV).

A sala seleccionada para a realização das sessões foi a sala da pré-saída, porque é uma sala em que se encontram bebés próximos da alta para o domicílio, com taxa de ocupação de apenas 4 recém-nascidos e com formato de U. Pelo anteriormente descrito, torna-se a sala mais silenciosa e espaçosa para trabalhar com os pais e bebés.

Para impulsionar a divulgação das sessões de massagem foi elaborado um poster (Anexo V) que foi afixado na respectiva sala e endereçado um convite pessoal aos pais que foi entregue aquando da sua permanência na UCIN (Anexo VI).

Durante a realização das sessões e de modo a imperar o silêncio, o acesso era restrito, assim como foi afixado um cartaz na porta com a mensagem “Massagem Infantil – Não interromper”.

No final de cada sessão, colocou-se uma música para bebés como forma de relaxamento.

Tendo em conta que a sessão de massagem é essencialmente prática, com a duração de aproximadamente de 60 minutos tornava-se problemático para os pais

praticarem nos dias seguintes sem um alicerce ilustrativo das técnicas de massagem dos diferentes segmentos. Pelo que, se tornou imprescindível a elaboração de um guia de figuras ilustrativo das técnicas efectuadas, a ser entregue aos pais no final de cada sessão de massagem (Anexo VII).

A selecção das figuras teve como base os conteúdos programáticos do curso de instrutores de massagem da APMI, assim como a pesquisa bibliográfica efectuada posteriormente.

Decidiu-se por uma linguagem simples, objectiva e descritiva, acompanhando sempre a ilustração correspondente, de modo a não suscitar dúvidas aos pais.

Foi possível construir um grupo de 4 pais, que concluíram o curso de massagem infantil, outros mais participaram mas não tiveram a oportunidade de finalizar, dado que os seus bebés tiveram alta clínica.

De modo a fazer uma avaliação final das sessões de massagem, tendo em vista o aperfeiçoamento das posteriores, considerou-se relevante a elaboração de um questionário para preenchimento dos pais (Anexo VIII).

Os resultados obtidos através do preenchimento do questionário, permite concluir que os objectivos foram atingidos (Anexo IX). O seu preenchimento foi produtivo e os resultados revelam aproveitamento e aquisição de novos conhecimentos.

Ao longo das sessões observou-se um aumento da capacidade dos pais em perceber as pistas transmitidas pelos bebés, afirmando também que sentiam mais confiança em si próprios relativamente ao desempenho do seu papel parental. Observou-se uma interacção recíproca entre bebé e cuidador, reforçando a comunicação.

Saliento também que este tipo de iniciativas dá visibilidade à nossa profissão e também contribui para a definição das competências do enfermeiro especialista de saúde infantil.

Desenvolveu-se competências ao nível de gestão de recursos, responsabilidade, assertividade e liderança. Aperfeiçoou-se também o espírito crítico, a flexibilidade, o auto-controle e o sentido de organização. O espírito de iniciativa e a adaptabilidade a novas situações foi preponderante para o envolvimento parental. A mobilização das referidas competências, vão de encontro ao Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem da UCP – ICS/ ESPS, quando refere que, o estudante deve ser capaz de aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas, mas também demonstrar competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de uma forma auto-orientada e autónoma.

2.2.2 Elaborar uma Norma de Procedimento sobre o Método Canguru (MC) para promover a participação da equipa multidisciplinar na vinculação

No momento do nascimento o RN prematuro encontra-se em pleno processo de desenvolvimento dos sistemas fisiológicos, sobretudo a nível de crescimento e maturação cerebral. Esta interrupção no normal processo de crescimento devido ao parto precoce, impede que o RN esteja capacitado de todas as “ferramentas” que o ajudem a ultrapassar os efeitos nefastos de uma hospitalização prolongada. Nestes internamentos, o ambiente agressivo de uma UCIN (manipulação desmedida, ruído e luminosidade excessiva) pode contribuir negativamente para o seu crescimento e provocar efeitos adversos no seu desenvolvimento cerebral (CEREJA e TAVARES, 2005).

Deste modo, torna-se essencial proporcionar um ambiente tranquilo, sem manipulações desnecessárias, de forma a favorecer positivamente o desenvolvimento do RN. De acordo com ALS e GILKERSON (1997), o ambiente e a filosofia de cuidados baseado nas competências do RN, podem interferir no seu desenvolvimento futuro, sendo fundamental a adopção de medidas protectoras.

A hospitalização do bebé numa UCIN remete assim o início das experiências de parentalidade para um local estranho, “intimidatório” e com falta de privacidade. Perante este internamento, que representa uma crise difícil para os pais, são frequentes intensas reacções emocionais, que se caracterizam por confusão, perturbação e labilidade (CULP, APPLEBAUM, OSOFSKY e LEVY citados por BARROS, 2006).

Sentimentos de medo, ansiedade, depressão ou irritabilidade (BARROS, 2006; HEERMANN, WILSON e WILHELM, 2005) que frequentemente os pais evidenciam, estão relacionados com a preocupação com a sobrevivência do bebé, o desenvolvimento futuro ou a sua falta de competência para os cuidados.

Os pais consideram-se frequentemente impotentes para interagir com o seu filho e assumirem os cuidados de que necessita, o que prejudica o estabelecimento da vinculação pais/ RN.

Durante este período, os enfermeiros ao cuidarem e interagirem com o bebé juntamente com os pais, assumirão um papel crucial, na medida em que funcionarão como modelo de interacção e estimulação, dando aos pais pistas para serem capazes de interpretar o comportamento do bebé (BARROS, 2006).

Neste sentido, os enfermeiros das UCIN's têm o dever de estabelecer as condições necessárias para facilitar e promover o contacto precoce entre pais e RN, de modo a fomentar a vinculação, não esquecendo que este é um processo gradativo e contínuo.

A presença dos pais favorece o contacto precoce com o RN, através de uma estimulação procioceptiva, podendo ser adoptada nas UCIN's. Deste modo, o MC deve ser praticado pela equipa de enfermagem, como medida protectora no desenvolvimento do RN, bem como na vinculação da tríade.

Corroborando esta ideia, FELICIANO (2007) refere que, o MC permite estabelecer precocemente os laços vinculativos; ao pegar nos seus bebés os pais, experimentam sensações de tranquilidade, relaxamento, centrando-se no seu bebé, esquecendo todo o meio envolvente de uma UCIN.

Para FERREIRA e VIEIRA (2003), este método incrementa nos pais sentimentos de responsabilidade, pertença e fortalece o papel parental.

Este método foi desenvolvido em Bogotá, na Colômbia, por dois pediatras, Edgar Rey e Hector Martinez, para solucionar a escassez de incubadoras no hospital onde trabalhavam. Apresenta alguma semelhança com o canguru animal (mamífero Australiano), que possui uma bolsa onde transporta os seus filhotes.

Segundo CEREJA e TAVARES (2005), o MC consiste em manter o RN prematuro ligeiramente vestido (fralda, botas e barrete), em contacto directo com a pele do peito de um adulto (mãe/ pai).

De acordo com estes autores, este método apresenta vantagens para o RN e pais, nomeadamente:

- Estabilização hemodinâmica;
- Elevação dos níveis de saturação de oxigénio;
- Estabilização da temperatura corporal;
- Períodos de sono tranquilos e mais prolongados;
- Promoção da vinculação

Esta estabilidade do RN permitirá o progressivo aumento ponderal e, conseqüentemente, a alta hospitalar precoce.

Apesar dos enfermeiros serem detentores de conhecimentos sobre o MC, e a sua implementação ser uma realidade, nem todos o aplicam de modo consistente, tornando-se pertinente a elaboração de uma norma de procedimento sobre o referido método (Anexo X).

A sua consulta permite o esclarecimento de dúvidas, assim como facilita aquando da integração de novos elementos.

Como finalidade, a norma possibilita a organização dos cuidados através da uniformização de procedimentos, devendo descrever de forma sequencial a actividade a desenvolver (NUNES 1999).

Face a estes pressupostos procedeu-se à sua elaboração, proporcionando assim à equipa de enfermagem um documento de fácil consulta, funcionando também como um incentivo à prática do método na UCIN.

Relativamente à sua estrutura, a norma inicia-se com a definição dos conceitos e objectivos do método. Prossegue com um esclarecimento sobre a sua origem, vantagens para os pais e RN, finalizando com as acções de enfermagem necessárias para a concretização do MC.

A sua compilação baseou-se numa revisão bibliográfica sobre o tema, assim como teve em atenção as especificidades da Unidade, nomeadamente, espaço físico e rácio enfermeiro/ RN.

Sentindo a necessidade de partilha de conhecimentos e experiências com a equipa multidisciplinar, considerou-se pertinente a realização de uma acção de formação em serviço para apresentação da norma à equipa. Na medida em que o MC é um tema/ prática conhecida dos enfermeiros que prestam cuidados em Neonatologia, considerou-se relevante fazer uma apresentação mais abrangente, pelo que se decidiu abordar a temática do Toque Positivo (Anexo XI).

De acordo com BOND (2002, p.1), o toque positivo tem como objectivo, «[...] *guiar os pais para algum sentido de poder e pertença em relação aos seus filhos, num ambiente de circunstâncias difíceis e incertas*».

Tal como o MC, o toque positivo permite a interacção precoce, evitando o stress prolongado, promovendo comportamentos benéficos no RN, actuando como coadjuvante no desenvolvimento harmonioso do sistema nervoso central (*Ibidem*).

A acção de formação decorreu numa sala pequena, em forma circular, para facilitar a partilha de ideias, assim como uma reflexão conjunta sobre a prática.

A apresentação da sessão baseou-se numa revisão sistemática da literatura, apoiada em artigos científicos nacionais e internacionais.

Para a concretização da acção de formação, foi necessário a sua divulgação, através da elaboração e afixação de um cartaz informativo (Anexo XII). Transmitiu-

se também oralmente nas passagens de turno, de modo a divulgar pelo maior número de elementos da equipa. A planificação da sessão, facilitou a seriação dos conteúdos assim como a sua transmissão de forma lógica e coerente (Anexo XIII). Para esta formação foram programados dois dias, em dois horários diferentes, de modo a abranger o maior número de elementos possível, o que foi conseguido. Do total de 34 enfermeiros da área da prestação de cuidados, assistiram a esta actividade formativa 19 profissionais.

A presença de um elevado número de elementos revela interesse e disponibilidade para mudar procedimentos e atitudes.

Partilham-se as ideias de MÃO-DE-FERRO (1999) quando este afirma que, o formador deve se adaptar aos participantes, tendo em atenção o modo como o tema vai interessar ao grupo. A selecção de conteúdos foi pertinente, rigorosa e com sequência lógica; do mais simples para o mais complexo. O método utilizado foi o expositivo/participativo. De uma forma simples e clara foram abordados todos os itens dos diapositivos sempre com interacção dos participantes.

A experiência foi muito produtiva, existindo uma partilha de ideias e actualização de conhecimentos. Tal como refere MARTINS e FRANCO (2004), formação é um processo contínuo, sendo um vector essencial no desenvolvimento de novas capacidades, criatividade e flexibilidade.

Os resultados obtidos através do preenchimento do questionário, permite concluir que os resultados foram atingidos. A sua realização foi produtiva e os resultados dos questionários revelam o aproveitamento da mesma (Anexos XIV e XV).

A concretização deste objectivo permitiu a mobilização de competências como, a negociação, comunicação e liderança, de modo a conceber a oportunidade de abordar uma questão complexa de mudança de paradigma na abordagem ao RN e família, desenvolvendo a capacidade de observação e interpretação do comportamento do RN prematuro.

O EESIP tem a responsabilidade de se manter actualizado, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz, que promova a satisfação do cliente e consequente qualidade dos cuidados.

2.2.3 Prestar cuidados de enfermagem centralizados no RN e família, fomentando as competências parentais de modo a fortalecer a ligação afectiva da tríade

Nos últimos anos, as UCIN's assistiram a uma transformação na prática de cuidados assistenciais neonatais, considerada a mais profunda mudança ocorrida na história da enfermagem neonatal.

O desenvolvimento tecnológico e científico, veio permitir a sobrevivência de RN muito prematuros, exigindo dos profissionais que lhes prestam cuidados uma visão holística, assim como a actualização constante dos conhecimentos.

O RNPT transita para o mundo extra-uterino num período muito sensível de crescimento e diferenciação cerebral.

Com os sistemas orgânicos e sensório-motores imaturos devido ao facto de não estarem preparados para a vida fora do útero, os RNPT são vulneráveis a falhas nos sistemas básicos de manutenção, a infecções e a problemas iatrogénicos. De acordo com PARAM (1999), o nascimento prematuro pode recair em um de três cenários possíveis: morte, apesar de todos meios técnicos e cuidados; sobrevivência com sequelas que determinam níveis de morbilidade variados ao longo da vida; sobrevivência com qualidade de vida semelhante à das crianças nascidas de termo.

A imaturidade de um bebé pode ser reflectida por: instabilidade dos parâmetros vitais; falta de coordenação das capacidades de sugar, engolir e de respirar ao mesmo tempo; resposta reflexa fraca ou inexistente; hipersensibilidade aos estímulos; dificuldades acrescidas em manter o estado de alerta; incapacidade de modular respostas fisiológicas ao stress; desorganização comportamental e resposta pobre e/ou limitada a estímulos; maior necessidade de ajuda/ suporte para restabelecer o seu equilíbrio; menor capacidade de resposta à interacção e pelos mecanismos de sinalização/demonstração dos seus estados pouco desenvolvidos; (BOND e WARREN, 2004; SILVA, 2006).

Contrariamente ao que acontece no meio intra-uterino, que apresenta todas as condições para o normal desenvolvimento do RN (meio líquido, termorregulado, limites definidos) com o nascimento antecipado, é o meio extra-uterino criado em redor do bebé, na UCIN, que vai determinar o desenvolvimento do SNC do prematuro; o desenvolvimento continua apesar das possíveis lesões cerebrais entretanto ocorridas. Entre os factores que influenciarão o desenvolvimento

neurocomportamental do bebé, durante o internamento, enumeram-se: Medicação e procedimentos de protecção ao SNC, características da incubadora, estratégias de regulação da temperatura, nutrição, cuidados de enfermagem, intervenções médicas, ambiente da UCIN e envolvimento parental (AUCOTT et al., 2002).

Na actualidade o desafio que se apresenta é a compreensão do desenvolvimento e funcionamento do sistema nervoso central, de modo a se empregarem técnicas e procedimentos que protejam e auxiliem o seu harmonioso desenvolvimento.

É incontornável que o ambiente nas UCIN's não é o ideal, cuja imaturidade do SNC (entre outros) se caracteriza por um período crítico de rápido crescimento e desenvolvimento. No entanto, podem empreender-se ajustes que aproximem os cuidados aos estádios de desenvolvimento dos bebés, através da observação da sua interacção com o meio físico e social, servindo esta de guia para o seu ajustamento (BOND e WARREN, 2004).

O funcionamento óptimo de uma UCIN é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, uma vez que o RN não fala, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipa que lhe está a prestar assistência. Deste modo o planeamento e a prestação de cuidados, constitui um processo complexo que requer uma avaliação criteriosa e contínua para determinar a qualidade dos cuidados. No sentido de otimizar esta realidade foi criado um grupo de trabalho no qual me incluo, constituído por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicóloga com a finalidade de implementar melhores práticas de suporte ao desenvolvimento dos RNPT na UCIN do HSM. Este Projecto teve como base uma nova filosofia de cuidados e revela a importância que a autora lhe atribui na sua prestação de cuidados na actualidade:

Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN e Família.

O cuidado centrado no RN e família enfatiza uma dupla mudança:

- Prestação de cuidados em sintonia com as respostas do RN e interacções apropriadas de modo a promover o desenvolvimento neurocomportamental;
- Participação activa da família nos cuidados ao seu bebé, representando uma abordagem holística dos cuidados capacitando e empoderando as famílias, eleva a posição dos pais na UCIN a parceiros dos profissionais de saúde, com o objectivo comum de prestar os melhores cuidados possíveis ao bebé (HENSON, 2003).

Esta nova filosofia de cuidados tem como base a teoria síncrono activa do desenvolvimento – “Synactive Theory of Development”, desenvolvida por Heidelise ALS em 1982 (Anexo XVI).

De acordo com ALS, existe uma relação dinâmica e de suporte mútuo entre cinco subsistemas do desenvolvimento: subsistema motor, subsistema autónomo, subsistema de organização de estados, subsistema de autoregulação e subsistema de interacção/ atenção.

Esta teoria contextualiza uma organização estruturada das potencialidades neurocomportamentais no decurso de desenvolvimento do feto, RN e criança (VANDERBERG, 2007).

Os diferentes subsistemas desta teoria envolvem as seguintes características observáveis:

Motor

Caracterizado pela postura, tónus muscular, movimentos da face, tronco e extremidades, actividade (flexão e extensão).

Autónomo

Compreende as funções neurovegetativas; parâmetros que podem reflectir a estabilidade e organização do bebé: padrão respiratório, controle da temperatura, ritmo cardíaco, cor e aspecto da pele e sinais viscerais (náusea, salivação, soluços, regurgitação e movimentos peristálticos).

Organização dos estados

Pode ser observado através da capacidade do bebé atingir uma variedade de estados de consciência, do sono ao alerta, considerando-se também as transições entre os estados.

Autoregulação

Compreende as estratégias desenvolvidas pelo bebé para alcançar a homeostasia na organização dos subsistemas (comportamentos de aproximação ou evitação).

Interacção/ Atenção

Capacidade de manter atenção e de interacção com o meio. À medida que o bebé vai ganhando maturidade vai adquirindo maior capacidade de responder de forma

organizada aos estímulos externos.

Todos estes subsistemas funcionam de modo interligado, influenciando-se mutuamente e interagindo com o meio envolvente. Deste modo, a estabilidade de um destes subsistemas afecta de forma positiva o funcionamento dos restantes. Por exemplo, ao estabilizar os movimentos descoordenados do RNPT, resultará na estabilidade do subsistema autónomo, melhorando a respiração e a oxigenação (KLEBERG, 2006).

Este modelo contextualiza o RNPT como um todo e não a soma das partes, na medida em que se comunica através do comportamento. Dependendo do grau de integridade de cada subsistema e do nível de suporte, estes poderão fortalecer ou sobrecarregar a estabilidade de cada um (SILVA, 2006; VANDENBERG, 2007).

Contrariamente ao RN de termo que apresenta maturidade de todos os subsistemas, interagindo com o meio, o RNPT possui um limiar muito reduzido para empreender esforços suplementares. Canaliza o dispêndio de energia na manutenção de funções vitais (SILVA, 2006; VANDENBERG, 2007). Este modelo descreve, assim, os sinais observáveis no RN, representativos do seu estado de desorganização em cada subsistema (Anexo XVII) e que ditarão comportamentos defensivos ou de aproximação (Anexo XVIII).

O conhecimento destes comportamentos, tornam-se o pilar para os profissionais que prestam cuidados nas UCIN's, devendo aferir o nível de estimulação, ao nível de competência do RNPT para o integrar, evitando desorganização dos subsistemas, e conseqüente instabilidade hemodinâmica.

Tal como refere KLEBERG (2006), através da modulação dos estímulos e da facilitação das respostas do RNPT, poder-se-á adequar o gasto energético de cada bebé à manutenção da sua homeostasia, favorecendo o seu desenvolvimento.

Tendo como base estes conhecimentos e a teoria de Heidelise Als, foi desenvolvido um programa de intervenção nas UCIN'S denominado de: Newborn Individualized Development Care Assesment Program (NIDCAP). Este programa está disponível numa série de países; em Portugal estão a dar-se os primeiros passos nesta área.

Após a exposição referida, considera-se pertinente efectuar uma breve explanação sobre a prática em duas áreas de actuação que se complementam:

- Cuidados promotores do desenvolvimento

– Promoção do papel parental.

⇒ **Cuidados promotores do desenvolvimento do RN**

O interesse pelo “mundo” do RNPT, tem sido uma construção sólida que tem possibilitado a permanente actualização de conhecimentos, bem como, a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área.

Como enfermeiro especialista na prestação de cuidados, o desafio é constante, exigindo-se do mesmo a capacidade de saber transpor para a prática os conhecimentos.

Os cuidados para o desenvolvimento implicam diversas actividades no sentido de adequar o ambiente e particularizar as actividades de acordo com a observação individual de cada bebé.

SILVA (2005), definiu estes como *cuidados contingentes*, significa que são realizados com o RN, exigindo uma observação prévia, análise da real necessidade do procedimento, realização no momento mais adequado e modulado de acordo com suas respostas.

O ambiente das UCIN's em oposição ao ambiente uterino é extremamente agressivo, repleto de factores geradores de stress, que deverão ser controlados de modo a favorecer o desenvolvimento global do RN

Dos vários stressores a que o RN está exposto, destacam-se os ambientais (luz, ruído), as manipulações excessivas e os procedimentos desagradáveis/ dolorosos (BARROS, 2006).

A luz das UCIN'S interfere de forma directa na estabilidade fisiológica do RN e na organização do Sistema Nervoso Central. A luz constante interpõe-se nos ritmos circadianos endógenos, podendo originar privação de sono e conseqüentemente alterações hemodinâmicas (SCHUBERT et al., 2002).

O sistema visual é o último a desenvolver-se, sofrendo maturação significativa durante os primeiros 4 meses de idade do bebé (VANDENBERG, 2007). Logo no momento do nascimento não detém todas as competências para gerir estímulos excessivos. No entanto, enquanto EESIP teve a preocupação em adoptar medidas que visam diminuir os níveis de luz nas UCIN's, assim como promover o seu desenvolvimento adequado, nomeadamente:

- Evitar a luz directa sobre o espaço do RN, excepto em procedimentos;
- Promover ciclos dia/ noite;
- Proteger as incubadoras próximas de luzes de fototerapia;

- Utilizar candeeiros individuais, com reguladores da intensidade luminosa;
- Colocar coberturas nas incubadoras e berços;
- Evitar a hiperestimulação sensorial no ambiente da UCIN;
- Observar limiar de cada RN à luz através de sinais comportamentais.

No meio uterino, o bebé encontra-se protegido do ruído exterior graças à parede uterina e ao líquido amniótico que reduzem até 35 décibéis (db) os sons intensos. Este ambiente é propício ao desenvolvimento de competências do bebé, como distinção auditiva, memória e preferência pela voz materna (SCHUBERT et al., 2002).

A UCIN é naturalmente um ambiente ruidoso, podendo existir picos de intensidade ao longo do dia (passagem de turno, admissão, emergência), atingindo níveis de ruído de 85 db. A Academia Americana de Pediatria, recomenda níveis de ruído até 55 db durante o dia, 35 db no durante a noite (SCHUBERT et al., 2002).

O ruído, como qualquer outro estímulo, pode produzir uma reacção de sobressalto, com diminuição da frequência cardíaca, respiratória, baixa da saturação de oxigénio, regurgitação, cianose, entre outras (VIEIRA e CARRIÇO, 2003).

Tendo presente estes pressupostos desenvolveu medidas protectoras para o RNPT, particularmente:

- Não colocar objectos por cima das incubadoras;
- Reduzir o volume de alarmes de ventilador, monitores;
- Não conversar junto das incubadoras;
- Desligar os alarmes sonoros o mais rápido possível;
- Diminuir o tom de voz dentro da unidade;
- Promover períodos de musicoterapia;
- Fechar as portas da incubadora, sem bater.

O toque e a manipulação têm particular importância nos cuidados ao RNPT, porque a sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a desenvolver-se e a amadurecer. Desde a 20ª semana de gestação, o feto já apresenta sensibilidade tátil em todo o corpo, sendo capaz de sugar o dedo e explorar, além da cabeça, tronco, pés e as superfícies do útero (SILVA, 2006).

No desenvolvimento do RN, a manipulação excessiva é um dos factores determinantes, pois impede que o bebé se re(organize) e crie estratégias de auto-consolo, relacionado com os estímulos que recebe. Esta situação dificulta a sua

adaptação à vida extra-uterina (VIEIRA e CARRIÇO, 2003). Atendendo ao estado clínico do RN, existem diferenças na frequência e na forma como são manipulados. Segundo WOLKE (1995), os bebês mais frágeis e doentes são sujeitos a uma maior manipulação.

Procurou-se a coordenação dos cuidados com a equipa médica de forma a concentrar os mesmos, de modo a não manipular desnecessariamente o RN.

O posicionamento adequado (posição flectida e suporte postural e com uso de ninhos e rolos); e contenção permitiram também promover a estabilidade fisiológica e facilitar a flexão das extremidades. De acordo com CABETE (2007), o posicionamento incorrecto pode promover deficiência motora.

A utilização do toque positivo possibilitou também transmitir “inputs” positivos ao RN que facilitem a sua reorganização face a um estímulo negativo.

Concomitantemente, o controle da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas pretenderam prevenir o processo doloroso, o desconforto e a desorganização do RN. A escala de avaliação de dor utilizada é a de EDIN (Anexo XIX). Esta encontra-se em cada unidade do RN de modo a facilitar a avaliação da mesma. A ênfase deve ser dada na prevenção da dor, na medida em proporciona um alívio mais efectivo da dor.

A utilização de estratégias não farmacológicas como a redução de estímulos agressivos, diminuem o gasto energético, favorecendo a organização do bebé.

Como cuidadores, é importante possuir todos estes conhecimentos de modo a promover a reflexão sobre como melhorar os cuidados prestados ao RN, que promovam o desenvolvimento saudável.

⇒ **Promoção do papel parental**

O internamento de um bebé numa UCIN, apesar de necessário para a sua sobrevivência é-lhe por outro lado, hostil pela agressividade de procedimentos e pela separação afectiva forçada. Corroborando a ideia de BARROS (2006), o processo de vinculação é então interrompido, provocando sentimentos de impotência e frustração, anulando a capacidade parental de conhecer as competências do seu filho.

PARAM (1999), enumera cinco tarefas parentais a realizar antes de assumirem por completo a parentalidade de um RNPT:

- Luto antecipado pela potencial perda, que dura até à sua morte ou evidência de sobrevivência;

- Aceitação materna da sua incapacidade de ter tido uma criança saudável e de termo, que se resolve habitualmente quando a criança está fora de perigo;
- Reinício do relacionamento com a criança, à medida que se vinculam ao bebé depois da interrupção do processo devido ao parto prematuro;
- Aprendizagem das limitações/ capacidades, assim como os seus padrões de desenvolvimento, para aceitar as suas características e cuidados necessários;
- Adaptação do ambiente familiar às necessidades da criança, preparando também a família para a chegada do bebé.

As experiências positivas resultantes da interacção pais-bebé são susceptíveis de contribuir para o reforço da vinculação e potenciam o desenvolvimento infantil (REDMAN, 2002).

Coloca-se então o desafio de promover a interacção precoce de modo a assegurar o desenvolvimento saudável do RN.

Ao enfermeiro compete apoiar a família e ajudar a desenvolver aptidão e confiança para prestar cuidados ao RN, tendo presente que este processo é lento e gradativo. O envolvimento dos pais nos cuidados é uma premissa que não deve ser descurada nas actividades desenvolvidas pelos profissionais das UCIN's, tratando-se de um elemento fundamental de qualquer intervenção neurodesenvolvimental.

O acolhimento aos pais é uma acção de grande significado, atribuída aos enfermeiros prestadores de cuidados; significa ter a capacidade de receber os pais num espaço que nos é familiar, mas que é desconhecido por quem é recebido. Descrevem-se a seguir algumas das actividades desenvolvidas durante o acolhimento, nomeadamente:

- Apresentação aos pais;
- Apresentação do espaço físico;
- Caracterização do equipamento e finalidade do mesmo;
- Explicação da situação clínica do bebé;
- Atribuição de uma fotografia e entrega de folheto informativo sobre as regras da UCIN;
- Explicação breve das fragilidades e capacidades do bebé;
- Incentivo ao contacto com o bebé através da voz, do toque, pegar ao colo (se a situação clínica o permite);

- Utilização de linguagem simples;
- Incentivo para trazerem objecto significativo.

O acolhimento é fundamental na admissão da família numa UCIN, de modo a minorar os receios dos pais, assim como estabelecer uma relação de confiança necessária na parceria de cuidados (SERAFIM e DUARTE, 2005).

Procurou-se também ensinar os pais a observarem os sinais de disponibilidade do bebé para a interacção, assim como os de stress, para que em vez de benéfico, não se torne adverso. As características particulares destes bebés, exigem dos pais a compreensão da sua imaturidade, a aprendizagem das características físicas e comportamentais, para que saibam o que esperar dele, bem como, desenvolver competências específicas de forma a tornarem-se mais confiantes para se envolverem nos cuidados ao bebé e se prepararem para a continuidade dos cuidados em casa (REDMAN, 2002).

Para providenciar cuidados que vão ao encontro das necessidades dos pais como dos bebés, os profissionais tem que apreender as percepções maternas, as suas expectativas e as suas necessidades (HURST, 2001) e transmitir-lhe informações de forma a que compreendam, pois a comunicação eficaz é a chave para quebrar barreiras estruturais e simbólicas e existir uma partilha de significados entre todos. O enfermeiro deve fornecer informação regularmente, para que os pais se sintam apoiados, e desenvolvam um sentimento de pertença para com o bebé.

O sentimento de que o bebé lhes pertence está, no início, frequentemente diminuído uma vez que, são os enfermeiros que prestam a maioria dos cuidados, pela imaturidade e/ou instabilidade da criança, o que gera sentimentos de angústia, inutilidade e afastamento. À medida que se sintam mais integrados, os pais investem mais no RN, sendo capazes de prestar cuidados directos.

Incentiva-se o envolvimento dos pais no planeamento das intervenções a realizar ao bebé durante a sua permanência na Unidade, nomeadamente pegar ao colo, fornecer toque positivo, amamentar, mudar a fralda, falar com o bebé, posicionar, dar o banho, vestir o bebé com roupa trazida pelos pais. Desenvolvem-se também outros cuidados de modo a promover a parentalidade, tais como:

- Incentivo à amamentação/ aleitamento;
- Permanência 24 horas junto do bebé;
- Telefone da unidade disponível 24 horas;
- Prática do método canguru;
- Ensino da massagem;

- Musicoterapia;
- Reunião mensal de pais com os enfermeiros,
- Reunião com a equipa multidisciplinar sempre que necessário;
- Visita de irmãos se o desejarem;
- Decoração das incubadoras com desenhos, bonecos;
- Diálogo com outros pais de bebés em situação clínica idêntica;
- Alojamento para pais que residem fora de Lisboa;
- Avaliação de necessidades psicossociais;
- Preparação para a alta;
- Visita domiciliária.

Procura-se também proporcionar oportunidades aos pais de terem voz activa relativamente ao que eles consideram o que é melhor para o seu filho; como por exemplo, posição de dormir preferida, música com que acalmam. São aspectos em que são reconhecidos como pais e principais decisores das intervenções.

WIGERT et al. (2006) reforça esta posição acrescentando que, os enfermeiros têm que trabalhar em parceria com as mães e famílias para pôr em prática modelos de cuidado que simultaneamente capacitem as mães, as famílias e os enfermeiros.

Durante a realização do Estágio, desenvolveu simultaneamente na Unidade a implementação do método de trabalho de “Enfermeiro de Referência”. Com esta metodologia, ambiciona-se a prestação de cuidados individualizados ao RN e família, de alta qualidade, no qual todos os intervenientes participem activamente. Propõe-se também melhorar a comunicação com a equipa multidisciplinar e aumentar a autonomia e responsabilidade dos enfermeiros, através do planeamento de cuidados individualizados. Observa-se que, com a implementação do Enfermeiro de Referência, se estabelece uma relação estreita com os pais, facilitando a comunicação e expressão de sentimentos. Considera igualmente que, a negociação de novos papéis na partilha de cuidados ao RN, ocorre de forma mais eficaz.

Dado os benefícios de uma parceria pais – profissionais, seria importante reflectir em contexto de trabalho sobre estes dois aspectos, e reforçar a continuação da facilitação do envolvimento parental.

O EESIP tem a responsabilidade de desenvolver e implementar cuidados que optimizem o desenvolvimento do RN. Como tal deverá adoptar algumas

estratégias como valorizar os papéis e capacidades de todos os membros da equipa e contribuir para a formação contínua.

Tendo em consideração ser o único enfermeiro especialista na prestação de cuidados e desempenhando funções de chefe de equipa, sentiu uma responsabilidade acrescida como agente de mudança na equipa multidisciplinar.

A mudança de comportamentos é uma tarefa árdua e morosa, que implica perseverança e dedicação diária.

As actividades foram realizadas de modo autónomo, desenvolvendo competências de comunicação, autocontrolo e autoformação, através de uma reflexão pessoal e profissional do trabalho realizado, procurando novas formas de otimizar o desenvolvimento do bebé.

Este objectivo permitiu ainda adquirir competências de supervisão de cuidados, incorporando na prática, evidência científica que conduza à implementação de melhores práticas assistenciais nas UCIN's.

3. SUGESTÕES

O desenvolvimento humano está associado à aprendizagem e adaptação do sujeito ao ambiente que o rodeia. Aprender pode ter diferentes significados, nomeadamente: adquirir novos conhecimentos; descobrir novos saberes e competências; inovar; transformar-se e crescer.

A concretização deste Projecto exigiu tempo e dedicação, mas permitiu desenvolver novas capacidades pessoais e profissionais.

Deste modo, durante a realização do Projecto surgiram novas ideias para um futuro a curto prazo, destacando-se:

- Criação de grupos de apoio parental na UCIN do CHLN, EPE/ HSM;
- Criação de uma biblioteca na UCIN para os pais;
- Elaboração/ realização de um trabalho de investigação sobre a massagem infantil.

4. CONCLUSÃO

Através de uma perspectiva crítica e reflexiva, pretendo fazer uma breve análise / reflexão do percurso formativo desenvolvido neste Ensino Clínico na UCIN do CHLN, EPE / HSM.

A realização deste ensino clínico permitiu-me reflectir sobre a complexidade que reveste o internamento de um RN, que na maioria das vezes é prolongado.

O nascimento prematuro do RN aliado à necessidade de hospitalização, são factores desencadeantes de uma crise familiar, pois o processo de gravidez repentinamente interrompido, não permite a preparação para o novo papel, além de que, há uma separação forçada com o internamento do bebé na UCIN.

Esta situação, cujo desfecho e duração são imprevisíveis, causa sentimentos de desadaptação parental, ansiedade e medo, essencialmente relacionado com o facto do bebé poder não sobreviver.

Como profissional da equipa mais directamente relacionado com os cuidados, e portanto, numa posição “privilegiada” e de maior proximidade com o bebé/ pais, o enfermeiro deve desempenhar um papel preponderante no envolvimento dos pais e irmãos com o bebé, no incentivo à participação nos cuidados, contribuindo com as suas intervenções para responder às necessidades individuais da família.

A implementação do método canguru e da massagem são duas actividades que os pais podem realizar na UCIN e que constituem oportunidades de interacção, que não devem ser descuradas.

Os objectivos previamente delineados foram globalmente atingidos:

A implementação da massagem na UCIN do CHLN, EPE / HSM, é uma realidade, tendo despertado interesse na restante equipa multidisciplinar.

A construção da norma de procedimento sobre o método canguru, permitiu a sistematização da informação mais actual sobre o tema, assim como a reflexão conjunta sobre a prática.

Por último, a pesquisa bibliográfica foi extremamente enriquecedora a nível pessoal, procurando partilhar e aplicar em contexto de trabalho os conhecimentos adquiridos.

A auscultação das sugestões da enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar foram extremamente importantes para a definição das necessidades da UCIN, relativamente a um tema actual. Acredita ser possível, desenvolver um modelo de prestação de cuidados, centrado no desenvolvimento do RN, em que os pais são os cuidadores primários.

Deste modo, este Ensino Clínico conferiu a possibilidade de desenvolver competências centradas em várias dimensões, designadamente, na dimensão pessoal, técnica-científica, relacional e comunicativa. Relativamente a cada uma destas dimensões, tal permitiu:

Dimensão pessoal

- Reflexão sobre os cuidados prestados,
- Reflexão sobre o papel do EESIP, como agente de mudança na equipa multidisciplinar.

Dimensão técnica-científica

- Actualização de conhecimentos sobre as implicações da prematuridade na ligação afectiva da tríade.
- Contributos da massagem infantil / toque positivo no desenvolvimento do RN e na parentalidade.

Dimensão relacional e comunicativa

- Participação activa dos pais. Esta só é possível se lhes for transmitida informação de forma atempada e progressivamente.
- Capacidade de compreensão das necessidades/ angústias/ medos dos pais.

Durante este percurso na UCIN, houve alguns aspectos que gostaria também de destacar, designadamente:

Aspectos facilitadores:

- A receptividade da equipa multidisciplinar, assim como dos pais com crianças internadas na UCIN;
- O apoio proporcionado pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora;
- O conhecimento das necessidades reais da UCIN.

Relativamente aos aspectos que de alguma maneira interferiram negativamente no desenvolvimento do Projecto, realça-se:

- O reduzido espaço físico na UCIN, delimitou o número de pais por sessão de massagem, reduzindo as experiências positivas entre pais e bebés.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, Margarida – **Dados estatísticos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLN / EPE, HSM – Relatório do ano de 2008**. Lisboa: Hospital de Santa Maria, 2009.

ALDOUS, Huxley; CANFIELD, Jack Hansen - **Canja de Galinha para a alma**. Lisboa: Lyon multimédia Edições, 2002. ISBN 972-8461-03-8

ALS, Heidelise; GILKERSON, Linda – Apoio na área do desenvolvimento em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. ISSN 0301-147X. 28:2 (1997) 165-172.

AREDE, I; MENDES, M; MARQUES, S. – A prematuridade no processo de parentalidade. Intervenção de enfermagem e a percepção dos pais. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196245. (2009) 6-14.

AUCOTT, Susan, DONOHUE, Pamela, ATKINS, Eileen. e ALLEN, Marilee – Neurodevelopmental care in the NICU. **Journal of Mental Retardation and Developmental Disabilities**. 8 (2002) 298-308.

BARROS, Luísa – A Unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In CANAVARRO Maria Cristina (coord.). **Psicologia da Gravidez e da Maternidade** (pp. 297-316) Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN: 989-558-081-9

BASSO, O; OLSEN, J; CHRISTENSEN, K. – Recurrence risk of congenital anomalies: the impact of paternal, social and environmental factors. A population-based study in Denmark. **American Journal Epidemiology**. ISSN 0002-9262. 150 (1999) 598-604.

BERNARDO, A; GOMES, I; ALMEIDA, M. – Análise das práticas, uma estratégia de construção de saberes da prática dos cuidados de enfermagem. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 08772-8844. 80 (2008)13-18.

BIALOSKURSKI, M. M.; COX, C. L.; WIGGINS, R. D. – The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. 1:37 (2002) 62-69.

BOWLBY, John. – **Apego: apego e perda**. 1ª Edição Brasileira. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Volume 1. ISBN: 85-336-0906-X.

BOND, Cherry. Positive touch and massage in the neonatal unit. *Seminars in neonatology*, Dezembro, 6 (2002) 477-486

BOND, Cherry; WARREN, Inga – **Guidelines for infant development in the newborn nursery**. 4ª ed. Londres: [s.n.], 2004.

CABETE, Carla – Influência do cuidar. Desenvolvimento neuromotor do recém-nascido pré-termo: tónus e controlo postural. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 226 (2007) 40-43.

CASEY, Anne – Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. 22 (1995) 1058-1062.

CEREJA, Joana; TAVARES, Susana. – Contributos do Método Canguru para a Humanização...**Informar**. Porto. 35 (2005) 29-38.

DI VITTO, Bárbara; GOLDBERG, Susan – Parenting children born preterm. In. BORNSTEIN, M. H. **Handbook of Parenting**, vol. 1 (pp. 209-231). United States of America: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

DEODATO, Sérgio – A excelência do exercício: perspectiva ética e deontológica. **Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. 15 (2004) 26-30.

DIEGO, Miguel; FIELD, Tiffany; HERNANDEZ-REIF, Maria. Vagal activity gastric motility and weight gain in massaged preterm neonates. **Journal of Pediatrics**. 147 (2005) 50 - 55.

DODD, Virginia. Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. **Jognn in review**. 34 (2004) 218-232.

FELICIANO, Fátima – **Método canguru: O prosseguir da vinculação pais-bebé prematuro**. Coimbra: Almedina, 2007. ISBN: 97897240330006.

FERBER, Sari; Feldman, Ruth; Makhoul, Imad R. – The development of maternal touch across the first year of life. **Early human development**. 84:6 (2008) 363-70.

FERREIRA, Loide; VIEIRA, Cláudia – A influência do método Mãe canguru na recuperação de recém-nascido em unidades de terapia intensiva: uma revisão da literatura. **Acta Scientarium**. 25:1 (2003) 41-50.

FIELD, Tiffany [et al.] – Massage therapy by parents improves early growth and development. **Infant Behavior & Development**. ISSN 0163-6383. 27 (2004) 435-442.

FIELD, Tiffany [et al.] –Tactile/ Kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. **Pediatrics**. ISSN 1876-2859. 77:5 (1986) 654-658.

FIELD, Tiffany; SCAFIDY, Frank; SCHANBERG, Saul. Massage of preterm newborns to improve growth and development. **Pediatric Nursing**. ISSN 0097-9805. 13 (1987) 385- 387.

FIGUEIREDO, Bárbara – Massagem ao bebé. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. ISSN 0873-9781.38:1 (2007) 29-38.

FIGUEIREDO, Bárbara – Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud**. ISSN: 1576-7329. 3:3 (2003) 521-539.

GLOVER, Vivette; ONOZAWA katsuno; HODGKINSIN, Alison. – Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. **Seminars Neonatal**. 7:6 (2002) 495-500.

GOMES, Ana. – Vinculação mãe-bebé na unidade de cuidados intensivos de neonatologia. **Enfermagem**. 44 (2006) 17-23.

GUEDENEY, Nicole – **Conceitos chave da teoria da vinculação**. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-103.

GUIMARÃES, Hercília; TOMÉ, Teresa; VIRELLA, Daniel; MIMOSO, Gabriela. – Nacer prematuro. Um manual para os pais dos bebés prematuros. Porto: Direcção da Secção de Neonatologia, 2007. ISBN 978-989-20-0952-0

GUZZETA, Andrea – Massage accelerates brain development and the maturation of visual function. **The Journal of Neuroscience**. ISSN 1913-7176. 29:18 (2009) 6042– 6051

HANSEN, Robin; ULREY, Gordon - Motorically impaired infants: Impact of a massage procedure on caregiver-infant interactions. [http://www. b-on.pt](http://www.b-on.pt) 18-05-09 18:00

HEERMANN, Judith; WILSON, Margareth; WILHELM, Patricia – Mothers in the NICU: Outsider to Partner. **Pediatric Nursing**. ISSN 0097-9805. 31 (2005) 176-181

HENSON, Cath – Family support. In BOXWELL, Glens (ed.) **Neonatal intensive care nursing** (pp. 389-411) London: Routledge, 2003. ISBN 0-415-20339-2

HOCKENBERRY, Marilyn J. – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2006. ISBN 978-85-352-1918-0

HURST, I. – Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing**. 15 (2001) 65-82.

HUTCHFIELD, Kay – Family-centred care: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**. 29:5 (1999) 1178-1187.

JING, Jin [et al.] – Massage and motion training for growth and development of infants. **World Journal Pediatric**. 3:4 (2007) 295-299.

JORGE, Ana Maria – **Família e hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7.

KLEBER, Agneta – **Promoting preterm infant's development and mother child interaction**. Departement of Child woman and health. Karolinska Institute. Stockholm, 2006 ISBN: 91-7140-850-9.

MÃO-DE-FERRO, António – **Na rota da pedagogia**. Lisboa: Edições Colibri, 1999. ISBN 972-772-069-2.

MARÇAL, Teresa. A ordem tem de alertar os estudantes, suas famílias e os cidadãos para o paradoxo criado pelo processo de Bolonha. **Ordem dos enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. 23 (2006) 4-7.

MARQUES, António – Cuidados centrados na criança. **Ordem dos Enfermeiros** (suplemento do jornal Público de 27/10/08). Edições Inédia, 2008.

MARTINS, Catarina; FRANCO, M^a Paula – O papel formativo do enfermeiro especialista. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196.192. (2004) 6-9.

MATHAI Sheila, FERNANDEZ Armida, MONDKAR Jayshree, KANBUR Wasundhara. Effects of tactilekinesthetic stimulation in preterms: a controlled trial. **Indian Pediatrics**. 38 (2001) 1091-1098.

MAZURE, Annie Macheboeuf [et al.] – Um olhar sobre o Nascimento: a massagem do recém-nascido. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. 220 (2007) 44-47.

McGRATH, Jacqueline; THILLET, Maria; CLEAVE, Lindsay Van – Parent Delivered Infant Massage: Are We Truly Ready for Implementation? **Newborn and Infant Nursing Reviews**. 7:1 (2007) 39-46.

MEZOMO, João Catarin – **Gestão da qualidade na saúde**. 1^a ed. São Paulo: Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7.

MOYSE, Karen. – Baby massage and baby play. **Academic Search Complete** (EBSCO). <http://www.b-on.pt>. 12/02/2008 9:50

NUNES, Lucília – Esboço de clarificação de alguns tipos de normas. **Nursing**. Lisboa. ISSN: 0871-6196.138 (1999) 44-45.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Conselho de Enfermagem – **Do caminho percorrido e das propostas**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Iª conferência de Regulação: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica** (documento de trabalho) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parceria nos cuidados**. <http://www.ordemenfermeiros.pt>. 05/06/2009 09:25

ORFALI, Kristina; GORDON, Elisa – Autonomy gone away: a cross cultural study of parents' experiences in neonatal intensive care units. **Theoretical Medicine and Bioethics** 25 (2004) 329-365.

PARAM, L. – Problemas específicos do recém-nascido de risco. In D. L. Lowdermilk, I. M. Bobak & M. D. Jensen. **Enfermagem na maternidade** (pp. 780-853) Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-32-0.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996: D.R. I Série – A, nº 205,p.2559-2962.

RABOUAM, Catherine; MORALÉS-HUET, Martine – Cuidados parentais e vinculação. In GUENNEY, Antoine e GUEDNEY, **Nicole-Vinculação: conceitos e aplicações**. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-103.

REDMAN, Bárbara – **A prática da educação para a saúde**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.

ROCHA, Carla. O toque no recém-nascido. **Informar**. Porto. 20 (2000) 17-23.

SCAFIDI, Frank; FIELD, Tiffany – Massage Therapy Improves Behavior in Neonates Born to HIV-Positive Mother's. **Journal of Pediatric Psychology**. 21:6, (1996) 889-897.

SCAFIDI, Frank; FIELD, Tiffany; SCHANBERG, Saul, et al. – Massage stimulates growth in preterm infants: a replication. **Infant Behavior Development**. 13 (1990) 167-188.

SCHUBERT, Catarina; JOAQUIM, Marinice; OLIVEIRA, Nelson – **Atenção humanizada ao Recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru** (manual do curso). Ministério da Saúde do Brasil, 2002. ISBN 85-334-0489-1.

SEABRA-SANTOS, Maria João – Conhecer as competências do recém-nascido. In CANAVARRO Maria Cristina (coord.), **Psicologia da Gravidez e da Maternidade** (pp. 133-160) Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-081-9.

SERAFIM, Sandra; DUARTE, Sílvia – Internamento em neonatologia: relação de ajuda. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196.198 (2005) 23-28.

SILVA, Abel Paiva – **Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa de mudança**. Tese de Doutoramento apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, 2001.

SILVA, Ricardo – Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI neonatal (pp.35-50). In ALVES filho e TRINDADE, CARVALHO, Manoel e LOPES, José Maria de Andrade. **Avanços em perinatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

SILVA, Ricardo. **Cuidados Voltados para o desenvolvimento do bebé pré-termo. Uma abordagem prática**. [S.l.]: [s.n.], 2006 <http://www.procuidados.com.br/> 25-06-09 23:36

SOARES, Isabel – Vinculação e cuidados maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In

CANAVARRO, Maria Cristina (coord.) **Psicologia da Gravidez e da Maternidade** (pp. 75-104) Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-081-9.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones – **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. ISBN 85-277-0534-6.

UNDERDOWN, Angela; BARLOW, Jane; CHUNG, Vincent; STEWART-BROWN, Sarah. – Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months (Review). **Cochrane Collaboration** (2009) 1-35.

VANDENBERG, Kathleen. Individualized developmental care for high risk newborns in the nicu: A practice guideline. **Early Human Development**. 83:7 (2007) 433-442.

VIANA, Victor; GUIMARÃES, Hercília; MAIA, Teresa; RAMOS, Madalena; MENDES, Francisco – Apoio às mães em crise num serviço de Neonatologia. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa. ISSN 1654-0086. 6:2 (2005) 119-130.

VIEIRA, Manuela; CARRIÇO, Paula – O ambiente das UCI-RN e a sua influência no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 08728844. 47 (2003) 49-52.

VIMALA, Schneider – **Massaje infantil: guia prática para el padre y la madre**. Barcelona: Ediciones Médici, 2000. ISBN 84-89778-50-7.

WIGERT, Helena; JOHANSSON, Rene'e; BERG, Marie – Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. Nordic College of Caring science. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 20 (2006) 35-41.

WOLKE, Dieter – Um ambiente estimulante para os bebés na Unidade de Cuidados Intensivos. In GOMES-PEDRO, João e PATRÍCIO, Madalena. – **Bebé XXI: Criança e Família na viragem do Século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. ISBN: 972-31-0664-7 251-270.

ANEXOS

ANEXO I

Caracterização da UCIN do CHLN, EPE/ HSM

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO CHLN, EPE/ HSM

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLN, EPE / HSM é uma unidade polivalente, com capacidade total de vinte e dois berços/incubadoras, distribuídos por uma Unidade de Cuidados Intensivos, uma Unidade de Cuidados Intermédios e uma unidade de preparação para a alta. Procura dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a Recém-nascidos até aos 28 dias de vida que necessitem de cuidados, que pertencem às áreas abrangidas pelo Hospital de Santa Maria.

Como qualquer Unidade de Cuidados Intensivos, o serviço caracteriza-se por dispor de meios humanos e materiais altamente especializados para o efeito.

Para além de se destinar ao tratamento intensivo a Recém-nascidos que necessitam de um nível de intervenção diferenciada e constante, a unidade assume-se também como local de aprendizagem para os técnicos de saúde.

Objectivos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais:

- Cuidar dos recém-nascidos que necessitam de cuidados intermédios e/ou intensivos.
- Integrar os pais na equipa multidisciplinar, de modo a torná-los autónomos na prestação de cuidados.
- Procurar a colaboração integrada de uma vasta equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados ao recém-nascido.

Estrutura física

A unidade encontra-se situada no Piso 7, com acesso controlado, constituída por diversos espaços com características e finalidades variadas:

Unidade de Cuidados Intensivos – Esta unidade tem um total de 8 incubadoras. Admite recém-nascidos que se apresentem em estado crítico, admitidos directamente pelo Bloco de Partos, transportados pelo INEM e pelos serviços de urgência pediátrica e urgência de obstetria e ginecologia, que necessitem de vigilância continua e/ou ventilação mecânica. O progresso tecnológico é aqui evidente, demonstrado pela variedade de equipamento altamente sofisticado de apoio diagnóstico e tratamento.

Unidade de Cuidados Intermédios – Com uma lotação de dez berços/incubadoras, esta unidade está destinada a receber o recém-nascido que vem da Unidade de Cuidados Intensivos, do Bloco de Partos e dos serviços de urgência pediátrica e urgência de obstetrícia e ginecologia, e que apesar do seu estado ser hemodinamicamente estável, vai continuar a necessitar de uma vigilância de forma a assegurar a continuação da evolução favorável do seu estado clínico.

Sala de Pré-Saída – Tem uma lotação de 4 berços destina-se a bebés hemodinamicamente estáveis que ainda não apresentam autonomia alimentar. Recebe bebés da sala de intermédios, do serviço de obstetrícia e da urgência de pediatria

Caracterização dos recém-nascidos

Os recém-nascidos são crianças até aos 28 dias, regra geral residentes na área de abrangência do Hospital de São Maria. Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite os Recém-nascidos com as mais variadas situações, prematuridade, risco de infecção, doenças metabólicas, neurológicas, neurocirúrgicas, dermatológicas, malformações congénitas que requerem intervenção cirúrgica, nomeadamente atresias do esófago, atresia anal, mielomeningocele, entre outros. São recém-nascidos que permanecem durante todo o internamento na unidade, com a possibilidade de acompanhamento dos pais durante 24 horas por dia.

ANEXO II

História da Massagem Infantil

HISTÓRIA DA MASSAGEM INFANTIL

Vimala McClure, trabalhava num pequeno orfanato na Índia em 1973, quando se apercebeu que as mães indianas massajavam todos os elementos da família e transmitiam a técnica entre gerações. No orfanato, diariamente as mulheres mais velhas faziam massagem às mais jovens, como forma de relação afectiva.

Quando nasceu o seu primeiro filho em 1976, começou a massajá-lo diariamente, introduzindo técnicas de yoga, massagem sueca e indiana. Esta combinação, permitiu que o seu filho desfruta-se de um excelente equilíbrio de energia, observando que a massagem parecia aliviar as cólicas características dos primeiros meses de vida. Descobriu também, que quando não praticava a massagem o bebé ficava mais irritado, agitado e com longos períodos de cólicas. A partir de então, decidiu massajá-lo diariamente como instrumento de relaxamento e como forma de comunicação.

Mais tarde, decidiu escrever as suas experiências e partilhá-lo com outros pais. Organizou e denominou as técnicas, elaborou um currículo organizado em sessões semanais e começou a realizar sessões em casa.

Vimala McClure, fundadora da IAIM, combinou a sua experiência prática, os efeitos positivos da massagem Indiana e da massagem Sueca, os princípios do yoga e da reflexologia numa sequência simples e estruturada.

A IAIM nasceu em 1981 nos EUA como uma organização sem fins lucrativos, após o patrocínio de um curso de instrutores na Califórnia. Em 1992 tornou-se uma organização estabelecida internacionalmente, com associações em todo o mundo. Todos os instrutores da IAIM, utilizam o mesmo currículo e todos praticam as mesmas técnicas, de modo a manter a credibilidade da associação.

A IAIM, simboliza a unidade de todas as pessoas que procuram apoiar o toque nutritivo em qualquer das suas formas. Está delineada para ensinar os pais a massajar os seus bebés até um ano de idade.

As técnicas de Massagem Infantil têm origem em quatro técnicas centrais – Indiana, Sueca, reflexologia e yoga. Muitas das combinações, variações e técnicas adicionais foram desenvolvidas por Vimala McClure, desde que iniciou o seu trabalho em 1976.

BENEFÍCIOS DA MASSAGEM INFANTIL

Cada instrutor tem a responsabilidade de se manter actualizado sobre as últimas investigações e estudos sobre o toque, massagem, desenvolvimento do bebé, assim como do programa do IAIM.

Diversos estudos comprovam cientificamente os benefícios da massagem, enquanto outros foram observados pelos pais e/ou instrutores.

Vimala McClure catalogou em quatro categorias principais os benefícios da massagem:

- Interação;
- Estimulação;
- Alívio;
- Relaxamento.

Relativamente à categoria interação, esta inclui a promoção de uma vinculação segura, comunicação verbal / não-verbal, tempo de qualidade para a tríade, competências comunicacionais pré-linguísticas, sentimento de respeito, utilização dos 4 sentidos, toque nutritivo, contacto precoce com os pais.

A categoria estimulação está relacionada com a activação de todos os sistemas do bebé (circulatório, nervoso, respiratório, vestibular), desenvolvimento da linguagem, desenvolvimento muscular e tónico, integração sensorial, consciência mental/corporal.

Relativamente ao alívio, a massagem pode ajudar nas cólicas, obstipação, dores de crescimento, tensão muscular, desconforto dos dentes, sensibilidade ao toque, tensão física e psicológica.

Na categoria de relaxamento, inclui a melhoria do padrão de sono, normalização do tónus muscular, aumento da flexibilidade, regulação dos estádios comportamentais, redução dos níveis de hormonas de stress (cortisol, noradrenalina), maiores níveis de dopamina, menor hiperactividade.

Para além do bebé, existem outros beneficiários da massagem nomeadamente os pais. São exemplos: melhor conhecimento do seu bebé, melhora a auto-estima, reforça as competências parentais, envolvimento precoce do pai, Promoção da vinculação, estimulação da lactação, aumento das hormonas de relaxamento.

ANEXO III

Programa das Sessões de Massagem Infantil

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Massagem Infantil

PROGRAMA DAS SESSÕES

MARÇO DE 2009

ÍNDICE

	Pg
INTRODUÇÃO	73
MASSAGEM INFANTIL	75
PRINCIPAIS BENEFÍCIOS	75
PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE MASSAGEM	77
RECURSOS NECESSÁRIOS	78
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS BEBÉS	79
CONCLUSÃO	80

INTRODUÇÃO

Na actualidade, graças aos progressos tecnológicos no âmbito da medicina neonatal, são cada vez mais os bebés prematuros com hipóteses de sobrevivência e mais precoce a sua idade gestacional, o que por sua vez, significa um acréscimo constante do número de famílias que vivem esta experiência.

O internamento do bebé prematuro numa UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais), pode dificultar a ligação da criança com a família, constituindo-se como um factor disruptivo do normal processo de vinculação. A importância atribuída às necessidades destas famílias, no contexto do internamento do recém-nascido na UCIN, tem vindo a crescer, embora tenha tido um início tardio, comparativamente com o progresso científico na área.

As famílias têm que progredir num contínuo de desenvolvimento, desde o alienamento total, ao reconhecimento daquele bebé como seu filho, ao qual conseguem prestar os cuidados possíveis. Devem ser capazes de estabelecer uma parceria com os profissionais, com a finalidade de contribuir para a melhoria da condição clínica e desenvolvimento neurocomportamental do bebé, culminando na alta hospitalar, na posse dos conhecimentos, condições e competências necessárias para o cuidar do bebé.

Durante o internamento, os recém-nascidos são sujeitos a um conjunto de procedimentos dolorosos e invasivos geradores de stress. Deste modo, as intervenções que reduzam o stress podem facilitar a sobrevivência e o desenvolvimento saudável.

Atendendo a que a prematuridade é considerada um factor de risco no desenvolvimento, é importante empreender acções que providenciem estimulação sensorial adequada aos prematuros internados em UCIN's, tais como, balançar, acariciar, conter, mover, colocar cassetes gravadas com a voz da mãe, oferecer sacarose para sucção não-nutritiva e providenciar decoração visual apropriada; os prematuros reagem aos estímulos sensoriais e são vulneráveis ao excesso de estimulação (Aucott et al., 2002).

Deste modo, este programa tem como objectivo:

Promover a continuidade da ligação entre bebés e seus pais, iniciada durante a gravidez, através da massagem entre mãe e bebé.

A alteração do paradigma, valorizando o desenvolvimento como resultado da interacção entre o bebé e a família conduziu a uma redefinição do papel dos pais, que passaram a ser considerados determinantes do desenvolvimento dos filhos.

O RN prematuro actualmente é visto como um ser com competências, que lhe permitem uma interacção activa com o meio que o rodeia, desempenhando a mãe um papel mediador fundamental entre o bebé e o mundo.

No sentido de melhorar os cuidados prestados aos recém-nascidos prematuros, diversas estratégias foram implementadas ao longo dos tempos, nomeadamente o método Mãe Canguru e a massagem.

Existem actualmente estudos que evidenciam os benefícios da massagem no desenvolvimento do bebé prematuro e de termo, nomeadamente no aumento de peso e na alta precoce para casa.

Deste modo, a concretização de sessões de massagem dos pais aos seus bebés permitirá uma mudança no papel de pais e profissionais numa UCIN.

MASSAGEM INFANTIL

A massagem que se pretende aplicar nas Sessões, tem como base os princípios da Associação Portuguesa de Massagem Infantil, que se baseiam na autora Vimala Schneider.

A filosofia desta associação tem como pilar a interacção entre o bebé e família, ou seja, a massagem da mãe com o bebé, em oposição à massagem para o bebé. Permite a partilha e descoberta mútua, numa aprendizagem contínua, favorecendo o crescimento harmonioso da criança com o meio circundante.

As técnicas utilizadas têm origem em 4 combinações, nomeadamente:

- Técnica sueca
- Indiana
- Reflexologia
- Yoga

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS

⇒ *Para o bebé*

Os benefícios da massagem podem ser divididos em diferentes categorias, designadamente: interacção, estimulação, alívio e relaxamento.

Interacção

A interacção envolve a vinculação segura, competências comunicacionais, contacto precoce, toque nutritivo, estimulação sensorial.

Estimulação

A massagem favorece o sistema circulatório, digestivo, hormonal, sistema vestibular, desenvolvimento muscular e tónico, integração sensorial entre outros.

Alívio

Pode aliviar dores do crescimento, cólicas e obstipação.

Relaxamento

Ajuda a regular o tônus muscular, aumenta a flexibilidade, melhoria dos padrões de sono, reduz os níveis de stress através da capacidade de auto-regulação.

⇒ Para os pais

Promove uma vinculação segura, melhora a auto-estima e confiança parental, estimula o envolvimento do pai. Possibilita o conhecimento mútuo, estimula a lactação, conhecimento da peculiaridade do bebé.

PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE MASSAGEM

As Sessões realizar-se-ão uma vez por semana, em dias estabelecidos atempadamente no início de cada mês, uma vez que a formadora exerce funções em *roulleman*. O horário que se considerou mais adequado é no período da tarde, entre as 16:00h e 17:00h.

Os temas para discussão parental podem ser escolhidos pelos pais.

No quadro seguinte, apresenta-se o planeamento das Sessões a efectuar.

Quadro 1. Planeamento das Sessões de Massagem

Nº de Sessão Técnica	1ª SESSÃO	2ª SESSÃO	3ª SESSÃO	4ª SESSÃO
Técnica utilizada	Apresentação Pernas/ Pés	Peito/ Abdómen Cólicas	Braços/Cara	Costas/ Ginástica
Técnica revista		Pernas/ Pés	Peito/Abdómen Pernas/Pés	Revisão total das técnicas
Temas de discussão parental	Benefícios da massagem Objectivos	Estádios comportamentais do bebé	Choro	Método Canguru

RECURSOS NECESSÁRIOS

Consideraram-se como necessários os seguintes recursos:

⇒ Físicos

- Sala da pré-saída

Foi seleccionada esta sala por ser mais espaçosa, permitindo assim o ensino da massagem em grupo.

⇒ Materiais

- Óleo de amêndoas doces
- Colchões impermeáveis
- Boneco demonstrativo
- Música
- Mantinhas
- Almofadas
- Questionários de avaliação
- Ar condicionado
- Literatura
- Folheto informativo

⇒ Humanos

- Bebés
- Pais

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS BEBÉS

Relativamente aos critérios de selecção dos bebés para o programa de Massagem Infantil, estabeleceram-se os seguintes:

- Estabilidade hemodinâmica.
- Sem necessidade de oxigénio
- Peso superior a 1700gr.
- Encontrarem-se na sala da pré-saída

CONCLUSÃO

A construção deste programa é apenas a continuidade de um percurso que se pretende realizar na área da massagem infantil, enquanto forma diferente de promover a vinculação numa UCIN.

Como profissional da equipa mais directamente relacionado com os cuidados, e portanto, numa posição “privilegiada” e de maior proximidade com o bebé / pais, o enfermeiro deve desempenhar um papel preponderante no envolvimento dos pais e irmãos com o bebé, no incentivo à participação nos cuidados, contribuindo com as suas intervenções para responder às necessidades individuais da família.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria tem a responsabilidade de se manter actualizado, de modo a ser um agente de mudança e o elemento de referência para os pares.

ANEXO IV

Estadios Comportamentais do Bebé

ESTADIOS COMPORTAMENTAIS

ESTADIOS	ESTADIOS DE SONO		ESTADIO DE TRANSIÇÃO	ESTADIOS DE VIGÍLIA		
	SONO PROFUNDO	SONO LIGEIRO	ACORDAR	ALERTA TRANQUILO	ALERTA ACTIVO	CHORO
Movimentos corporais	Quase tranquilo Sobressalto ocasional	Maior actividade corporal	Actividade variável	Pouco movimento Muito variável	Muito movimento	Desorganização dos movimentos
Olhos	Fechados	Movimentos dos olhos, debaixo das pálpebras	Abrir/fechar dos olhos	Abertos, brilhantes e a focar	Abertos, menos brilhantes	Tensão
Cara	Sucção a intervalos regulares	Sorriso, Sucção, Caretas	Alguns movimentos	Expressa atenção e interacção a estímulos	Movimentos faciais	Caretas de cansaço Lágrimas
Respiração	Regular	Irregular	Irregular	Regular	Irregular	Irregular
Receptividade	Mínima Reage só a estímulos intensos	Maior receptividade	Resposta retardada	Alerta com interacção	Mais sensível a estímulos intensos/externos	Sensibilidade desorganizada variável ao estímulo
Massagem	Não recomendada	Não recomendada	Algumas técnicas podem estimular; outras podem induzir o sono	Ideal	Algumas técnicas podem acalmar e modificar o estadio	Modificar ou Suspende a massagem

Adaptado de: Associação Portuguesa de Massagem Infantil – Curso de Formação de Instrutores de Massagem Infantil

ANEXO V

Poster: Divulgação das Sessões de Massagem



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente, EPE

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Tocar para Crescer



Importância da massagem na relação pais / bebé

Sessões de ensino para pais

De 20/03/09 a 31/03/09

Segundas e Sextas – 16:30H

ANEXO VI

Convite para Participação nas Sessões de Massagem



A Unidade de Neonatologia convida os pais a participarem nas **Sessões Práticas de Massagem Infantil** a realizar na sala da pré saída, no período de 20 a 31 de Março de 2009.

Material necessário:

Almofada

Mantinha confortável para o bebé

ANEXO VII

Guia de Massagem para Pais

ANEXO VIII

Questionário de Avaliação das Sessões de Massagem – Pais

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE MASSAGEM INFANTIL

Pretende-se com este questionário fazer uma avaliação das sessões de massagem infantil, pelo que a sua opinião é importante para melhorar a nossa actuação enquanto instrutores de massagem

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **x** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

- ① Insuficiente ② Suficiente
③ Bom ④ Muito Bom ⑤ Excelente

É importante que responda a todas as alíneas

A – Como classifica a utilidade das sessões de massagem para conhecer e interagir com o seu bebé:

- ① ② ③ ④ ⑤

B – Como classifica a utilidade da sessão de formação para contribuir para a melhoria da relação pais/bebé:

- ① ② ③ ④ ⑤

C – A forma como os conteúdos foram abordados foi:

- ① ② ③ ④ ⑤

D – No final das sessões, o grau de esclarecimento sobre as vantagens da massagem infantil e técnicas utilizadas, é:

- ① ② ③ ④ ⑤

Obrigado pela participação!

ANEXO IX

Resultados dos Questionários – Pais

AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

SESSÕES DE MASSAGEM INFANTIL REALIZADAS NA UCIN

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Pais participantes na totalidade do programa de massagem infantil: 4

Questões colocadas:

A – Como classifica a utilidade das sessões de massagem para conhecer e interagir com o seu bebé:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	1	25%
Excelente	3	75%

B – Como classifica a utilidade da sessão de formação para contribuir para a melhoria da relação pais/bebé:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	0	0%
Excelente	4	100 %

C – A forma como os conteúdos foram abordados foi:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0 %
Muito Bom	2	50 %
Excelente	2	50 %

D – No final das sessões, o grau de esclarecimento sobre as vantagens da massagem infantil e técnicas utilizadas, é:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0 %
Muito Bom	4	100%
Excelente	0	0 %

ANEXO X

Norma de Procedimiento – Método Canguru

<p>TÍTULO:</p> <p style="text-align: center;"><u>MÉTODO CANGURU</u></p> <p>LOCALIZAÇÃO:</p> <p>Manual de Enfermagem</p>	Elaborado em..../..../.....
	Autores: _____
	Aprovado em..../..../.....
	Revisão em..../..../.....
	Enf. ^a Chefe: _____

1. OBJECTIVOS

- Estimular o desenvolvimento global do bebé, bem como, fomentar a humanização dos cuidados prestados à família.
- Aprofundar os conhecimentos científicos relativamente ao Método Canguru (MC).
- Promover a vinculação da tríade através do método.
- Uniformizar os procedimentos na prestação de cuidados da equipa de enfermagem.

2. CONCEITOS

O **Método Canguru** consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido (fralda, botas e barrete), em contacto directo com a pele do peito de um adulto, mãe ou pai (Feliciano, F. 2007).

A **vinculação** é um processo gradual, com início na gravidez e que após o nascimento, se vai construindo ao longo dos anos, na dependência do desenvolvimento de determinadas competências por parte do bebé (Figueiredo, B. 2003).

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O reconhecimento da importância do papel dos pais no desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros, conduziu a uma melhor compreensão das necessidades destes durante o seu internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

A vinculação, numa situação de internamento é um processo lento, com reacções emocionais intensas, representadas por confusão, ansiedade e labilidade emocional.

O período de hospitalização do bebé, em que o contacto dos pais é diário com os profissionais de saúde e com outros pais, é um período determinante para a promoção da interacção pais/bebé (BARROS, 2006).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no desenvolvimento dos processos de interacção, adaptando as suas intervenções às necessidades e capacidades individuais dos pais, facilitando o processo de vinculação. Os pais sentem-se envolvidos quando podem tocar, amamentar, pegar, sentindo-se integrados nos cuidados prestados.

O MC teve origem na Colômbia em Bogotá, tendo sido desenvolvido por dois pediatras, Edgar Rey e Hector Martinez devido à escassez de incubadoras, sendo utilizado pelos profissionais de saúde para manter a temperatura corporal dos bebés.

Mais tarde, a United Nations Childrens Fund divulgou este modelo de cuidado pela comunidade científica internacional, que com a adesão da Organização Mundial de Saúde, foi implementado nos países desenvolvidos, nas UCIN como forma de promover o vínculo afectivo entre mãe-filho.

A prática deste método proporciona inúmeras vantagens para o recém-nascido. Estabiliza o batimento cardíaco, a respiração e a temperatura corporal; melhora os níveis de saturação de oxigénio, promove períodos de sono mais prolongados e aumento ponderal mais rápido. A mãe assume também um papel activo, como cuidadora, sendo integrada nos cuidados, facilitando a vinculação.

Os pais devem ser informados previamente da prática do MC, ressaltando as vantagens do mesmo para ambos. Devem ser esclarecidas todas as questões relacionadas, assim como, fornecer informação para consulta prévia.

Todos os RN das UCIN podem beneficiar do MC desde que demonstrem estabilidade hemodinâmica, antes, durante e após o procedimento.

O MC deverá ser efectivado por um período prolongado, mínimo de 30 minutos, para permitir a estabilidade hemodinâmica. Deverá ser gradual, observando as reacções do RN e pais. Todos os RN das UCIN podem beneficiar do MC desde que demonstrem estabilidade

PREPARATIVOS PRÉVIOS À REALIZAÇÃO DO MC

A sala deve estar aquecida para que o RN não sofra oscilações de temperatura, de preferência afastada das saídas de ar condicionado e portas. A cadeira deverá ser reclinável, e almofadada, de modo a que mãe ou pai se sinta cómodo. Poderá usar-se um biombo se os pais o desejarem, para privacidade e reserva da sua intimidade. A fralda do bebé nunca deve ser retirada, e se este pesar menos 1500gr, será aconselhável botas e gorro. A manta utilizada para cobrir o bebé deve estar limpa para prevenção de infecções.

Acções de Enfermagem	Justificação
<p>Avaliar a situação clínica do recém-nascido e a situação dos pais.</p> <p>Informar no que consiste o método, finalidade, critérios e vantagens.</p> <p>Mostrar disponibilidade total da equipa de saúde.</p> <p>Colocar a mãe numa posição confortável (almofada, apoio para os pés e se possível em cadeirão declinável).</p> <p>Avaliar estabilidade hemodinâmica do recém-nascido, antes de realizar o procedimento, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura corporal 2. FC, FR, saturação de O₂, tensão arterial. <p>Registar parâmetros de ventilação (CPAP, convencional) se estiver conectado aos mesmos.</p> <p>Vestir o bebé com barrete, meias e fralda.</p> <p>Colocar o sensor de temperatura ao nível do abdómen.</p> <p>Solicitar à mãe ou pai para abrir a camisa e afastar ou retirar o soutien.</p>	<p>Envolver os pais nos cuidados.</p> <p>Proporcionar um momento agradável, e confortável.</p> <p>Averiguar se estão reunidas as condições necessárias para realizar o procedimento.</p> <p>Manter o bebé normotérmico, controlando a temperatura corporal, sem necessidade de manipulação.</p>

Acções de Enfermagem	Justificação
Colocar o bebé em ventral, de modo a que o peito de bebé fique em contacto com o da mãe/ pai.	A posição fetal favorece o relaxamento e longos períodos de sono profundo.
Posicionar a cabeça em ligeira hiperextensão, braços flectidos e ancas em ligeira abdução.	Favorecer a digestão.
Abdómen ao nível do epigastro da mãe/pai.	
Assegurar que a mãe consegue ver a face do bebé, verificando a respiração e coloração.	Transmitir segurança aos pais.
Colocar uma flanela sobre as costas do bebé e atar se possível nas costas da mãe.	
Registar sinais vitais durante o método canguru.	Validar a estabilidade hemodinâmica do recém-nascido.
Quando o bebé se mostrar desconfortável, ou instável hemodinamicamente, colocá-lo na incubadora.	
Fazer registos sobre o comportamento, tolerância e a interacção pais/ bebé.	Assegurar a continuidade dos cuidados.

4. BIBLIOGRAFIA

Almeida, CM; Almeida, AFN; Forti, EMP (2007). Efeitos do método canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso In: *Revista Brasileira de Fisioterapia*; v.11, n.1, p.1-5 Jan- Fev

Barros, L.(2006). O bebê nascido em situação de risco.In: Canavarro, M- Psicologia da gravidez e da maternidade.Coimbra: Quarteto

BMC Pediatrics (2008) Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: A Crossover trial In:*BMC Pediatrics* Volume 8 consultado em <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/13/abstract>

Caetano, L (2004). Vivendo no método canguru: A tríade mãe-filho-família. Ribeirão preto. Disponível em: www.teses.usp.br/teses

Cereja, J; Tavares, S (2005). Contributos do método canguru para a humanização. Informar. Ano XI, nº 35 Julho/Dezembro (29-38).

Dodd, V (2004). Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. *Jognn in review*.vol. 34.p218-232

Feliciano, F. (2007). O prosseguir da vinculação pais - bebê prematuro. Coimbra: Edições Almedina.

Gomes, A. (2006). Vinculação mãe-bebé na unidade de cuidados intensivos neonatais. *Enfermagem*, nº 44. Outubro/Dezembro 2006. p.17-2.

Machado, A; Tavares, S. (2006). Vinculação em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Informar*. Ano XII,nº 36. Janeiro/Junho 2006.p.59-66.

ANEXO XI

Diapositivos da Sessão de Formação



TOCAR PARA CRESCER

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE
HOSPITAL DE SANTA MARIA
Unidade de Neonatologia

Cidália Machado

30 E 31 DE MARÇO DE 2009



OBJECTIVOS

- Promover a vinculação da tríade numa UCIN
- Reforçar o papel da equipa de enfermagem no desenvolvimento do RN



PREMATURIDADE

Perturbação do funcionamento familiar:

- Ansiedade
- Medo
- Irritabilidade
- Depressão
- ...



TOQUE POSITIVO

- Centrado no desenvolvimento fisiológico e sensitivo
- Conhecimento do bebé



BENEFÍCIOS

- Sentimento de pertença
- Ligação afectiva
- Interação precoce
- Conhecer o bebé



BENEFÍCIOS

- Reorganização / maturação do SNC
- Sono mais prolongado / profundo
- Libertação da hormona de crescimento
- Redução do stress
- Segurança



TOQUE POSITIVO

Toque relaxamento

Toque contenção

Canguru

Massagem



PELE

- Órgão vivo, regeneração de 4/4h
- 1º sistema a mielinizar-se
- Origem embrionária
- Feto responde ao toque antes de ouvir/olhar



TOQUE POSITIVO

- Disponibilidade
- Estado alerta tranquilo
- Ambiente tranquilo
- Observação / conhecimento do bebé



TOQUE POSITIVO

- Pousar das mãos
- Contenção
- Relaxamento
- Canguru
- Massagem



MÉTODO CANGURU

- Norma de Procedimento
 - Objectivos
 - Definição
 - Intervenção de Enfermagem



MASSAGEM

- Técnica mais activa
- Tolerância do bebé
- Tempo de qualidade



MASSAGEM

- Aumento de peso
- < dias de internamento
900-1500 gr
Complicações associadas
- Melhora o tónus muscular
- Melhor desenvolvimento (motor, comportamental, social)



TOQUE / MASSAGEM

- Integrada nos cuidados
- Diariamente
- **COM** o bebé e **NÃO** para o bebé
- Pais como principais intervenientes



SÍNTESE

- As experiências positivas resultantes da interacção pais-bebé reforçam o processo de vinculação.
- Envolvimento parental estimula positivamente o desenvolvimento neurocomportamental do RN.



SÍNTESE

Promover o desenvolvimento cognitivo, social e emocional do RN, implica:

Uma compreensão do nível de desenvolvimento neurocomportamental

Estabelecer parcerias com os pais como parte integrante neste processo



REFLEXÃO

"O cuidador, é inevitavelmente um modelador do cérebro"

Spinelli (1990)



BIBLIOGRAFIA

- Bond, Cherry (2004). Baby massage: a form of early intervention by facilitating parent/child communication.
- Bond, Cherry (2002). Positive touch and massage in the neonatal unit. Elsevier Science Ltd.
- Figueiredo, Bárbara (2007). Massagem infantil. Acta Pediátrica Portuguesa.
- Liu, WF, et al. (2007). The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. Journal of perinatology.
- Tiffany, F.; Diego, M.; Reif, M (2006). Massage therapy research. Elsevier science, Ltd.

ANEXO XII

Divulgação da Sessão de Formação

Sessão de Formação

TOQUE POSITIVO / MÉTODO CANGURU



Destinatários

Equipa de Enfermagem da UCERN do HSM

Data

30 e 31 de Março

Hora

14:00 e 16:00H

Formadora

Cidália Machado

ANEXO XIII

Plano de Sessão



UNIVERSIDADE
CATÓLICA INSTITUTO DE
PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

PLANO DE SESSÃO

Toque Positivo / Método Canguru

Cidália Maria de Oliveira Machado

Orientadora Pedagógica:

Mestre Elisabete Nunes

Orientadora de estágio:

Enfermeira Ana Sequeira

LISBOA

ANO LECTIVO 2008 / 09

PLANO DE SESSÃO

TEMA:

Toque positivo / Método Canguru

OBJECTIVO GERAL:

→ Promover a vinculação da tríade através do toque positivo e método Canguru.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

No final da sessão, os formandos devem ser capazes de:

- Enumerar 3 vantagens do método canguru.
- Referir 3 etapas da norma de procedimento.
- Referir 2 tipos de toque positivo.

DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros da UCIN

DATA E HORA:

30 e 31 de Março de 2009.

Horas: 14:00h e 16:00h

LOCAL:

Sala de aula da Pediatria 7

FORMADOR:

Enfª Cidália Machado

DURAÇÃO PREVISTA:

30 Minutos

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Contextualização do tema - Objectivos 	Expositiva	Data Show	5 min
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de toque positivo - Benefícios do toque positivo - Tipos de toque positivo - Apresentação da norma do método canguru - Sequência de procedimentos 	Expositiva	Data Show	15 min
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos principais aspectos - Esclarecimento de dúvidas 	Expositiva / Participativa	Data Show	5 min
AValiação	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário 	Participativa	Questionário Auto Preenchido e Anónimo	5 min

ANEXO XIV

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Pretende-se com este questionário saber a sua opinião sobre a Sessão de Formação a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **x** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

- ① Insuficiente ② Suficiente
③ Bom ④ Muito Bom ⑤ Excelente

É importante que responda a todas as alíneas

A – Como classifica a utilidade da sessão de formação para o desempenho das suas funções:

- ① ② ③ ④ ⑤

B – Como classifica a utilidade da sessão de formação para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados:

- ① ② ③ ④ ⑤

C – A forma como os conteúdos foram abordados foi:

- ① ② ③ ④ ⑤

D – No final da sessão, o grau de esclarecimento sobre toque positivo e método canguru, é:

- ① ② ③ ④ ⑤

Obrigado pela participação!

ANEXO XV

Resultados dos Questionários

AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

SESSÕES DE MASSAGEM INFANTIL REALIZADAS NA UCIN

DESCRIÇÃO DE RESULTADOS

Número total de participantes nas sessões de formação: 19

Questões colocadas:

A – Como classifica a utilidade da sessão de formação para o desempenho das suas funções:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	16	75%
Excelente	3	25%

B – Como classifica a utilidade da sessão de formação para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0%
Muito Bom	0	0%
Excelente	19	100 %

C – A forma como os conteúdos foram abordados foi:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	4	21%
Muito Bom	15	79 %
Excelente	0	0 %

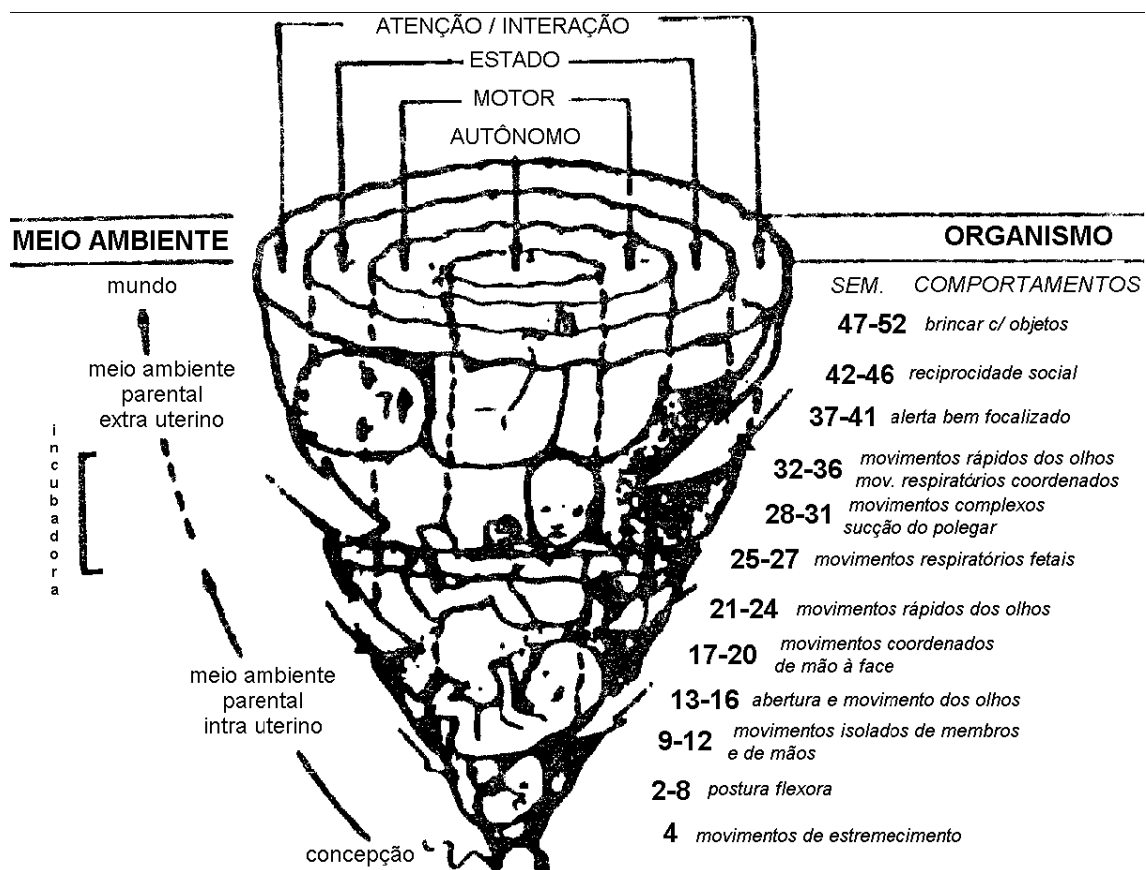
D – No final da sessão, o grau de esclarecimento sobre o TOQUE POSITIVO e o MÉTODO CANGURU, é:

OPÇÃO ASSINALADA	(N)	TOTAL (%)
Insuficiente	0	0%
Suficiente	0	0%
Bom	0	0 %
Muito Bom	19	100%
Excelente	0	0 %

ANEXO XVI

Teoria síncrona activa do desenvolvimento – Heidelise Als

TEORIA SINCRONO ACTIVA DO DESENVOLVIMENTO – Heidelise, Als



Fonte:
Adaptado de: Kleberg, Agneta (2006, p.19)

ANEXO XVII

Sinais de Stress no Beb 

SINAIS DE STRESSE DO BEBÉ

Sistema Autónomo – Sinais de stress	Sistema Motor – Sinais de stress
<p>Oscilações de cor da pele (palidez, marmoreada, cianose).</p> <p>Alterações da frequência cardíaca (taquicardia, bradicardia).</p> <p>Alterações respiratórias (apneia, polipneia, bradipneia, gemido, adejo nasal).</p> <p>Alterações gastro-intestinais (vómitos, soluços, engasgamento, náuseas).</p>	<p>Flacidez motora (face, tronco, extremidades).</p> <p>Hipertonia motora (arqueamento do tronco, opistotonus, afastamento dos dedos, caretas, extensão da língua, mãos cerradas).</p> <p>Actividade frenética, difusa ou com movimentos de torção.</p> <p>Frequentes movimentos de estremeamento.</p>
Sistema regulação de Estados – Sinais de stresse	Sistema Atenção/ Interação – sinais de stresse
<p>Estados difusos, pouco definidos.</p> <p>Mudanças repentinas de estados.</p> <p>Sono desorganizado acompanhado de movimentos de atirar o corpo para trás.</p> <p>Sono agitado.</p> <p>Choro fraco ou ausente.</p>	<p>Olhar (vago, vítreo, fixo, movimentos oculares vagos).</p> <p>Choro extenuado, inquietação. Choro silencioso.</p> <p>Alerta preocupado ou com expressão de pânico; hiper alerta.</p> <p>Apatia.</p> <p>Dificuldade em dormir.</p> <p>Necessidade de muitos estímulos para acordar.</p>

ANEXO XVIII

Sinais de Aproximação / Afastamento do RN

SINAIS DE APROXIMAÇÃO

- Estabilidade hemodinâmica
- Coloração da pele rosada
- Mãos na face, mãos na boca
- Movimentos bocais
- Busca de sucção e secção efectiva
- Agarrar, segurar
- Semi-flexão de braços, pernas e tronco
- Movimentos suaves de braços, pernas e tronco

SINAIS DE AFASTAMENTO

- Instabilidade hemodinâmica
- Alterações na coloração da pele
- Movimentos bruscos
- Cocejos e espirros frequentes
- Comportamento extensor de todo o corpo
- Incapacidade de agarrar, mãos cerradas
- Tremores, sustos
- Movimentos bruscos

Fonte: Adaptado de SILVA (2006)

ANEXO XIX

Escala de avaliação de Dor – EDIN

E S C A L A D E A V A L I A Ç Ã O D A D O R - E D I N ¹	INDICADOR	DESCRIÇÃO
	Rosto	0 – Rosto calmo 1 – Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo 2 – Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas
	Corpo	0 – Corpo calmo 1 – Agitação transitória, geralmente calmo 2 – Agitação frequente, mas acalma-se 3 – Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
	Sono	0 – Adormece facilmente, sono prolongado, calmo 1 – Adormece dificilmente 2 – Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado 3 – Não adormece
	Interacção	0 – Atento 1 – Apreensão passageira no momento do contacto 2 – Contacto difícil, grito à menor estimulação 3 – Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
	Reconforto	0 – Sem necessidade de reconforto 1 – Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta 2 – Acalma-se dificilmente 3 – Inconsolável. Sucção desesperada

∇ Intervenção de enfermagem ⇨ **Score 1 – 4** Intervenção Não Farmacologia

Score ≥ 5 Intervenção Farmacologia

◆ **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR:**

- ✓ Acordar suavemente o bebé antes do procedimento;
- ✓ Manipular o bebé suavemente;
- ✓ Proporcionar um ambiente calmo;
- ✓ Executar procedimentos dolorosos no mínimo tempo possível;
- ✓ Utilizar sacarose 2 min. antes dos procedimentos dolorosos:
 - < 28 semanas (0,2 cc)
 - 28-32 semanas (0,2- 2 cc- dependente da deglutição)
 - > 32 semanas (2cc)
- ✓ Sucção não nutritiva;
- ✓ Contenção adequada e posicionamento em equilíbrio;
- ✓ Envolver os pais como parceiros para acalmar o bebé;
 - ✓ Avaliar as manifestações de dor do bebé.
- ✓ Após o procedimento colocar o bebé em Canguru ou proporcionar

¹ Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né

