



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PERCEÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE O
CONTRIBUTO DO MODELO TOUCHPOINTS
PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Doutor em Enfermagem na Especialidade em Enfermagem
Avançada

Por Ana Cristina de Magalhães Rosas

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem

Porto, Maio de 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**PERCEÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE O
CONTRIBUTO DO MODELO TOUCHPOINTS
PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA
TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem na Especialidade em Enfermagem Avançada

Por Ana Cristina de Magalhães Rosas

Sob orientação da Professora Doutora Maria Raúl Lobo Xavier
Sob coorientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem

Porto, Maio de 2024

RESUMO

O período neonatal tem especial impacto na transição para a parentalidade e revela-se particularmente importante para o desenvolvimento do bebé e das relações pais-filhos e um momento-chave para a relação família-enfermeiros. Estes aspetos enquadram-se no modelo Touchpoints. “Touchpoints” representam os momentos previsíveis no desenvolvimento infantil que se desenrolam em várias dimensões e constituem períodos de vulnerabilidade para a criança e família. O 2º “touchpoint” (recém-nascido) – um dos mais marcantes deste modelo – coincide com a transição para a parentalidade, onde frequentemente pais e enfermeiros se cruzam, surgindo uma oportunidade para a intervenção destes profissionais.

Este trabalho pretende compreender as perspetivas e as experiências dos enfermeiros, com e sem formação em Touchpoints, quanto ao contributo do modelo Touchpoints na prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade. Explorámo-las quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados, à relação estabelecida com os pais, ao modelo Touchpoints em geral, à utilização dos seus Princípios e Pressupostos parentais e ao contributo da formação profissional.

Optou-se por um estudo qualitativo descritivo, pelas suas características iterativas e por permitir descrever o fenómeno em estudo através de dados fiéis e numa linguagem próxima à dos significados que os indivíduos lhe atribuem. Recrutaram-se 38 participantes (enfermeiros com formação Touchpoints (Grupo 1) e sem essa formação (Grupo 2) e enfermeiros sem formação Touchpoints integrados em equipas com elementos com essa formação (Grupo 3)). Após consentimento informado assinado, foram realizadas entrevistas individuais em profundidade. Estas foram posteriormente transcritas *verbatim* e analisadas com recurso ao software QSR Nvivo 12.0.

Os dados mostram diferenças nos discursos dos três grupos. O Grupo 1 assume uma mudança de perspetiva do seu pensar e agir, associando-a aos conhecimentos adquiridos e à aplicabilidade do modelo Touchpoints. O seu

discurso aponta para a valorização do 2º “touchpoint” (período no qual incidimos este trabalho). Os Grupos 2 e 3 revelaram conhecer o modelo Touchpoints, elucidando como é reconhecido pelos enfermeiros em geral. O Grupo 3 identificou características específicas nos cuidados dos seus colegas do Grupo 1, que associam à formação Touchpoints.

Concluimos que, no entender dos participantes, a aplicação do modelo Touchpoints na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e seus pais acarreta benefícios para o reforço da relação pais-profissionais, para a valorização do período neonatal para o desenvolvimento infantil e da família e para o processo de transição para a parentalidade.

Palavras-chave: Modelo Touchpoints; Transição para a Parentalidade; Enfermagem

Abstrat

The period has a special impact during the neonatal period and is especially relevant for the baby's development, improves parents-child's relationships, and is a key moment for family-nurses' relationships. These features are part of the Touchpoints model's framework. Touchpoints are predictable moments in child development that unfold upon various dimensions and represent moments of vulnerability for child and family. The 2nd touchpoint (newborn) – one of the most remarkable of this model – overlaps with transition to parenthood, where frequently parents and nurses meet and an opportunity for nurse's intervention arises.

This work aims to understand nurses' perspectives and experiences, with and without Touchpoints training's, on Touchpoints model's contributions for nursing care on transition to parenthood. We explore them about the newborn, nursing practice, professional relationship between nurses and parents, Touchpoints model itself, its Principles and Parent assumptions and nursing education's contributions.

A descriptive qualitative research approach was used for its iterative characteristics and for generating reliable data. It also allowed to describe a phenomenon in a language close to the one's of the participants and to the meanings they attributed to that phenomenon. 38 participants were recruited (nurses with Touchpoints training (Group 1), nurses without it (Group 2) and nurses without Touchpoints training but in teams with peers with it (Group 3)). After informed consent was given, individual in-depth interviews were conducted and later verbatim transcribed. Analysis was conducted and supported by QSR Nvivo 12.0 software.

Data show differences within the speeches from the three groups. Group 1 highlighted their change of perspective after Touchpoints training, relating it to the acquired knowledge and stress its applicability to practice. They also underline the 2nd touchpoint's relevance (upon which we focus this work). Group 2 and 3 reveal to know Touchpoints model, showing how nurses in general seem

to acknowledge it. Group 3 pointed out specific characteristics upon their Group 1 co-workers that they relate to Touchpoints training.

Findings showed that participants refer Touchpoints model contributes and enhances the nursing care given to newborns and their families, improving parents-professional relationships, and reinforcing the neonatal period's relevance for child development and transition to parenthood.

Keywords: Touchpoints Model; Transition to Parenthood; Nursing

Porque este longo caminho, cheio de “touchpoints”, reflete desenvolvimento, aprendizagem e resiliência para chegar ao seu fim, não posso deixar de agradecer:

À Professora Maria Raúl, pelo incentivo em iniciar e terminar este percurso e pelo seu apoio em todas as suas fases (as mais positivas e as mais negativas).

À Professora Isabel, por mais uma vez se ter cruzado no meu percurso académico e por todo o rigor e espírito crítico que impôs à realização deste trabalho.

A todos os enfermeiros que colaboraram neste estudo, por terem acreditado que valia a pena.

À minha prima, parceira de estudo e da vida. Mulher, mãe, esposa e doutorada. O teu exemplo e apoio fez-me crer que chegaria ao final.

Aos meus pais e irmão, pela força, por terem abdicado do vosso tempo em detrimento dos meus pedidos, pelas ajudas incontáveis durante estes anos de Doutoramento. Sem o vosso apoio não estaria a escrever estas páginas.

Ao João, que viu nascer a nossa história simultaneamente ao início deste percurso. Foram muitos os desafios que partilhamos: pessoais, familiares, profissionais e académicos. Este trabalho termina, nós seguimos juntos.

Aos meus três filhos, a quem não posso deixar de dedicar este trabalho. Nasceram com a mãe a estudar e viram-se obrigados a dar-lhe tempo que era seu por direito. A sua generosidade e compreensão é inestimável.

Índice

Introdução.....	17
Justificação do Estudo.....	21
Finalidade do Estudo.....	23
Visão geral da Tese.....	24

Parte I - Enquadramento Teórico

1. A abordagem Touchpoints.....	28
1.1.Elementos da abordagem Touchpoints.....	28
1.2.Ferramentas de avaliação do comportamento do recém-nascido focadas na abordagem Touchpoints.....	43
2. O recém-nascido.....	55
2.1.As competências do recém-nascido.....	55
2.2.A importância do Período Neonatal.....	62
3. As transições em enfermagem.....	66
3.1.A transição para a parentalidade como foco de atenção de enfermagem.....	73
4. A formação em enfermagem.....	79
4.1.A formação ao longo da vida.....	80
4.2.Tipos de formação.....	83

Parte II - Opções Metodológicas

5. Objetivos e Questões de investigação.....	96
5.1.Objetivo geral, objetivos específicos e questões de investigação.....	96
6. Tipo de estudo.....	99
7. Desenho de investigação.....	105
7.1.Participantes.....	105
7.2.Instrumentos de recolha de dados.....	110
7.3.Procedimentos.....	110
7.3.1.Procedimentos de recolha de dados.....	110
7.3.2.Procedimentos de análise de dados.....	112

7.4.Considerações Éticas.....	116
7.5.Do rigor da investigação à validade e confiabilidade dos resultados	116

Parte III - Apresentação e Discussão dos resultados

8. Apresentação e Discussão dos resultados	124
8.1.Perspetivas e experiências dos participantes quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados e à relação estabelecida com os pais no âmbito do seu exercício profissional.....	125
8.2.Perspetivas e experiências dos participantes quanto ao modelo Touchpoints.....	152
8.3.Perspetivas e experiências dos participantes quanto à utilização dos Princípios e Pressupostos parentais constituintes do modelo Touchpoints .	165
8.4.Perspetivas e experiências dos participantes quanto ao contributo da formação para o exercício profissional.....	188
Conclusão	213
Contributos do estudo para a prática de enfermagem.....	217
Limitações e sugestões de futuras investigações	218
Referências Bibliográficas	222
Apêndices e Anexos	248
Apêndice A: Questões Operacionais	250
Apêndice B: Participantes	253
Apêndice C: Guião de entrevista	259
Apêndice D: Consentimento Informado	268
Apêndice E: Sistema Geral de Categorias	270
Apêndice F: Descrição do Sistema Geral de Categorias	288
Apêndice G: Matrizes e Consultas.....	370
Anexo A: Parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa	372
Anexo B: COREQ Check-list	374

Índice de Figuras

Figura 1 – “Touchpoints” no desenvolvimento infantil e stress parental.....	32
Figura 2 – Fontes de energia (forças) para o desenvolvimento infantil.....	61
Figura 3 – Teoria das transições.....	68
Figura 4 – Processo de análise qualitativa de conteúdo.....	114
Figura 5 – Resultados da abordagem Touchpoints.....	210
Figura 6 – Principais ideias do discurso dos participantes que sustentam as conclusões do estudo.....	217

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Pressupostos parentais da abordagem Touchpoints.....	37
Tabela 2 – Pressupostos profissionais da abordagem Touchpoints.....	37
Tabela 3 – Características da investigação qualitativa descritiva.....	102
Tabela 4 – Características sociodemográficas e profissionais dos participantes.....	109
Tabela 5 – Definição dos critérios de Confiabilidade definidos por Guba e Lincoln (1985) e estratégias para os atingir.....	117
Tabela 6 – Categorias de primeira geração do sistema geral de categorias....	124
Tabela 7 – Categorias principais e suas subcategorias relacionadas com os Princípios e Pressupostos parentais e exemplos de citações dos participantes (G1).....	172
Tabela 8 – Referências do G3 relativamente aos colegas com formação Touchpoints e as suas descrições e perspectivas e experiências sobre as suas próprias práticas e relações.....	208

INTRODUÇÃO

Sabemos que o envelhecimento demográfico atual, o aumento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Instituto Nacional de Estatística, 2019a; OECD, 2011) e a baixa taxa de fecundidade (Instituto Nacional de Estatística, 2019b; OECD, 2011) são exemplos de dados que suscitam preocupações governamentais e dos profissionais de saúde. A promoção da natalidade e proteção da parentalidade surgem assim como áreas consideradas importantes nacional e internacionalmente (Cohen, 2017; OECD, 2011; Wall, et al., 2019). Os casais em idade fértil deparam-se com pressões a nível social, económico, laboral, familiar, de exercício do papel parental e responsabilidade como pais (e.g., Cardoso, 2011), que condicionam não só a sua decisão de ter ou não um filho, mas também a sua transição para a parentalidade (e.g., OECD, 2011). Previsivelmente, este processo terá impacto na saúde e no desenvolvimento em geral da mulher, do homem e da criança, tornando-o um objeto de estudo da enfermagem (Cardoso, 2011; Meleis, et al., 2000; Nyström & Öhrling, 2004; Soares, 2008). Na área da saúde infantil, a investigação científica tem revelado a preocupação dos pais (em todo este documento, por “pais”, entendemos Mães e Pais) que vai para além das questões comuns de saúde e doença, surgindo um interesse nas vertentes do desenvolvimento infantil, da afetividade e do relacionamento familiar (e.g., Beaver, et al., 2020; Cardoso, 2011; Soares, 2008). Ao longo do crescimento enquanto família, os pais vão consolidando a sua perceção do comportamento dos filhos, partilhando com os profissionais aspetos que elucidam sobre a interação pais-criança (Nugent, 2013; Nugent & Brazelton, 1989). Este foco nos aspetos relacionais (pais-filhos, criança-profissionais, pais-profissionais) sustentam uma das abordagens do desenvolvimento infantil mais reconhecida nas últimas décadas. Referimo-nos ao trabalho desenvolvido por T. B. Brazelton e seus colaboradores: a abordagem Touchpoints (ao longo deste trabalho serão utilizadas como sinónimos a terminologia abordagem Touchpoints e modelo Touchpoints) (e.g. Brazelton & Sparrow, 2003; Duarte, 2007; Sparrow, 2013). Os seus Princípios e Pressupostos pretendem suportar a operacionalização dos conceitos desta abordagem na intervenção dos profissionais e surgem numa perspetiva de cariz relacional e centrada na família

e na promoção da relação de aliança entre pais e profissionais, da relação pais-criança e do desenvolvimento harmonioso da criança (e.g., Nugent, 2019; Soares, et al., 2016). Assume, ainda, a necessidade de alteração do foco de atenção dos profissionais para questões relativas aos cuidados à criança, numa perspectiva de antecipação e prevenção das dificuldades e de solidificação das competências parentais e bem-estar da família (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003; Brazelton Touchpoints Center, 2000). O desenvolvimento da criança em si é, então, assumido como ocorrendo entre períodos regressivos (prévios à aquisição de novas competências), surtos evolutivos (aquisição de novas competências) e pausas (integração das novas competências) (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2013). “Touchpoints” são esses momentos previsíveis do desenvolvimento infantil, caracterizados por períodos de regressão nesse desenvolvimento e consequente desorganização familiar, que constituem igualmente oportunidades de intervenção dos profissionais junto das famílias (Brazelton & Sparrow, 2003; Duarte, 2007; Sparrow, 2013). Cada um destes “touchpoints” traduz uma oportunidade para os profissionais reforçarem a sua relação com a criança e os pais, com base em princípios como a confiança, respeito e reconhecimento dos sucessos (da criança e dos pais). Esta relação será positiva, de partilha e sem “prescrições”, com autoconsciência de si próprio enquanto pessoa e profissional, o que permitirá apoiar os pais na tomada de decisões relacionadas com os seus filhos, suportadas nas suas escolhas e não nas de outros (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Cabral, et al., 2018; Hornstein, 2014). Estão definidos quinze “touchpoints”, entre a gravidez e os primeiros seis anos de vida da criança, sendo os primeiros dois referentes à gravidez e ao recém-nascido (Brazelton & Sparrow, 2003).

Os primeiros dias de vida após o nascimento revelam-se especialmente importantes, considerando-se este período o primeiro “touchpoint” pós-natal (e.g., Brazelton, 1999). A relevância desta fase para o desenvolvimento do sistema nervoso central, para as mudanças bio-comportamentais do bebé e para o desenvolvimento da família (especificamente para a relação pais-filho), sustentam-na como um momento-chave para a relação família-profissionais de saúde. As competências sensoriais, sociais e comunicacionais do recém-nascido têm sido afirmadas pelos estudos das últimas décadas, que o

caracterizam como um ser social, único, competente e complexamente organizado (e.g., Nugent, 2013; Sparrow, 2013).

Assim sendo, espera-se que os profissionais conheçam as competências do recém-nascido, no sentido de reconhecer o seu comportamento e utilizarem-no como ferramenta de aproximação aos pais e, também, como promotor da relação pais-filhos, da parentalidade e do papel parental (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2013). Assumimos neste trabalho estes dois últimos termos consoante a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), versão 2019 (International Council of Nurses, 2020)¹. A disciplina de enfermagem tem explorado a abordagem Touchpoints na sua prática clínica (e.g., Nugent, 2013; Soares, 2016; Sparrow, 2013), assumindo-se a necessidade de aquisição e/ou consolidação de conhecimentos teóricos e práticos (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018). Para além disso, a sua utilização também tem sido associada à diminuição do risco de burnout, aumento da motivação e satisfação profissional e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (e.g., Soares, et al., 2016; Stadtler, et al., 2013).

Ao acompanhar as famílias nesta etapa de integração de um novo elemento, assistimos a mudanças nas necessidades de saúde dos indivíduos às quais, enquanto enfermeiros, somos obrigados a responder (e.g., Cardoso, 2011; Soares, 2008). A possibilidade de orientar as intervenções dos profissionais nestes momentos de vulnerabilidade, promovendo as capacidades individuais de resposta às novas circunstâncias de vida, caracterizam as transições em saúde como objeto de investigação da disciplina de enfermagem (Meleis, et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994).

As transições, segundo a Teoria das Transições de Meleis, correspondem a períodos de instabilidade que ocorrem entre momentos de estabilidade

¹ Papel Parental: Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente. (International Council of Nurses, 2020, p. 95)

Parentalidade: Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (International Council of Nurses, 2020, p. 96)

(Schumacher & Meleis, 1994). A transição para a parentalidade acarreta um desequilíbrio na mulher e no homem, por mudanças de identidade e de papel, obrigando a que se reajustem e redefinam os seus papéis e as suas relações familiares (e.g., Canavarro & Pedrosa, 2005; Soares, 2008). As características dos três elementos (mãe, pai, bebé), as relações conjugais e familiares, as circunstâncias laborais e socioeconómicas e/ou os cuidados de saúde, têm um papel importante na construção da identidade parental, elucidando sobre este processo de transição (e.g., Cardoso, 2011; Canavarro & Pedrosa, 2005; Martins, et al., 2014; Meleis, et al., 2000; Soares, 2008). Em suma, a transição refere-se ao processo de interação entre os indivíduos e o meio onde se inserem, cujo final se distingue da fase anterior e no qual a pessoa identifica as alterações que ocorreram (Chick & Meleis, 1986).

Após a formação inicial, no sentido de aprimorarem a sua prestação de cuidados de enfermagem, os enfermeiros apropriam-se de estratégias de formação formal, não-formal e informal no seu percurso de formação ao longo da vida (e.g., Davis, et al., 2014). Se, por um lado, a teoria guia os enfermeiros no questionamento da realidade e na sua explicação, a prática clínica permite-lhes alargar a sua compreensão das situações reais (Benner, 2001). A formação formal tem lugar em instituições de ensino, confere reconhecimento das qualificações do formando através de um diploma (e.g., Singh, 2015) e caracteriza-se por uma abordagem teórica e estruturada dos seus conteúdos, com objetivos bem definidos dos quais o aluno tem conhecimento prévio (Abreu, 2001; Singh, 2015). Os processos de formação não-formal representam estilos de formação mais flexíveis do que a formação formal, não conferem grau académico e procuram dar resposta às necessidades formativas dos enfermeiros, podendo decorrer em instituições de ensino ou noutras organizações (e.g., Peña & Castillo, 2006; Singh, 2015). A formação informal, por seu lado, habitualmente (de)ocorre em contexto de trabalho, de enfermeiro para enfermeiro e é focada nas questões do dia-a-dia da prestação de cuidados (e.g. Gonçalves, 2012). Facilita a mudança de comportamentos e novas formas de pensar e prestar cuidados, fruto da interação dos elementos da equipa e dos conhecimentos e posturas profissionais de cada um.

A formação dos enfermeiros após a licenciatura pode (de)ocorrer em instituições de ensino, como as Escolas de Enfermagem, ou noutras instituições e organizações que promovem cursos pós-graduados. Até 2023, estavam inscritos na Ordem dos Enfermeiros 83538 enfermeiros, dos quais 25377 com Pós-licenciatura em Enfermagem. Desses, 3282 são enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, sendo que 1798 estão na prestação direta de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2023). No caso particular da formação em Touchpoints, segundo os relatórios de Gestão disponíveis para consulta no website da Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família, formaram-se, entre 2015 e 2023, 193 profissionais de diversas áreas. Destes, 29 são enfermeiros. Dados semelhantes da referida Fundação anteriores a 2015 não estão disponíveis publicamente.

As alterações de práticas e pensamentos decorrentes da procura e aquisição de conhecimentos, quer por processos formativos formais quer não-formais e/ou informais, terão lugar, principalmente, se o enfermeiro procurar estratégias para dar resposta às suas necessidades, e, ainda, se for capaz de motivar os seus pares na procura de conhecimento, se estiver disposto a aprender com os colegas de trabalho e a aceitar mudança (e.g., Gonçalves 2012; Tojal, 2011; WHO, 2016).

JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O estudo desenvolvido partiu das seguintes premissas:

- a Teoria da Transições representa um dos modelos teóricos de enfermagem que sustentam os cuidados prestados na transição para a parentalidade;
- a abordagem Touchpoints, enquanto abordagem relacional e positiva, dá relevância ao papel do recém-nascido na construção da relação pais-filhos e pais-profissionais e enaltece os sucessos e conquistas da criança ao longo do seu desenvolvimento e dos pais no exercício do papel parental;

- a formação ao longo da vida profissional é essencial e permite aos enfermeiros consolidar conhecimentos teóricos e práticos que influenciarão a sua prestação de cuidados.

Neste sentido, evidenciamos pontos de vista que a teoria das Transições de Meleis e a abordagem Touchpoints de Brazelton de alguma forma partilham. Ambas valorizam o modelo bioecológico, compreendendo que a pessoa se insere em micro, meso, exo, macro e cronossistemas e que a interação entre ela e esses sistemas condiciona o seu bem-estar e saúde (Bronfenbrenner & Evans, 2000; Meighan, 2004). Esta reciprocidade entre pessoa e ambiente – que Bronfenbrenner descreve como Processo (e.g., Bronfenbrenner, 1977; Xavier, 2008) – promove uma perspetiva holística dos cuidados de enfermagem aos pais e criança.

Remetendo para o período neonatal, compreendemos que os estudos destes autores encaram o nascimento de um filho como um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade: a realidade prévia já conhecida da mulher/homem/ casal e a realidade posterior, fruto da sua transição para o papel parental e integração de um novo elemento (Chick & Meleis, 1986; Nugent, 2019). A interação entre pais e filhos e como ambos estão envolvidos naquela que será a construção da sua ligação afetiva é igualmente assumida (Hornstein, 2014; Mercer, 2004). Neste processo, a abordagem Touchpoints encara o recém-nascido como um elemento ativo e socialmente competente, elucidando sobre as suas capacidades relacionais, que influenciam a interação com os seus pais.

O papel dos profissionais de saúde junto dos indivíduos e populações é também valorizado por ambos os autores, enaltecendo a importância do papel do enfermeiro naqueles que são os momentos de desequilíbrio no percurso das pessoas e que constituem momentos nobres para a intervenção efetiva de enfermagem (Brazelton, 1999; Chick & Meleis, 1986).

Na idealização e consecução desta investigação, focamo-nos no período após o nascimento (2º “touchpoint”) pelas já referidas mudanças que engloba, tanto para o recém-nascido como para os pais, e conseqüente importância para os

cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade. No contexto nacional, um estudo no âmbito da enfermagem explorou a influência de uma intervenção baseada na abordagem Touchpoints, com crianças entre os 11 e os 24 meses, no desenvolvimento infantil, na relação mães-filhos, nas representações maternas acerca do comportamento do filho e nas experiências e significados atribuídos à relação com os enfermeiros (e.g., Soares, et al., 2016; Soares, 2016). Que seja do nosso conhecimento, não existem estudos, nacionais ou internacionais, que explorem o contributo da abordagem Touchpoints para a prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade, focados nas perspetivas e experiências de enfermeiros com e sem formação em Touchpoints, quer na perspetiva individual quer na perspetiva da equipa de trabalho.

FINALIDADE DO ESTUDO

Assim, considerando o ponto de partida apresentado, assume-se como finalidade deste estudo:

- ❖ Explorar as perspetivas e as experiências dos enfermeiros sobre o contributo da abordagem Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade.

Na procura da clarificação do objeto de estudo, pretendemos compreender e descrever as perspetivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação Touchpoints acerca da sua experiência profissional. Nesse sentido, as seguintes questões de investigação surgiram:

- segundo os enfermeiros, haverá contributos da abordagem Touchpoints para os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e sua família? Se sim, quais enumeram?
- identificam-se diferenças nos discursos dos enfermeiros que realizaram formação em Touchpoints e os que não a realizaram sobre a prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade?
- os enfermeiros que não realizaram formação Touchpoints, identificam benefícios desta abordagem para a prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade?

Com vista a conhecer e compreender as perspetivas e as experiências dos enfermeiros que prestam cuidados aos recém-nascidos e suas famílias (e.g., Bradshaw, et al., 2017), procurar-se-á um retrato fiel do discurso dos participantes, com descrições ricas sobre o fenómeno em estudo a partir das suas perspetivas e experiências (Sandelowski, 2000, 2010). Logo, optou-se por um estudo do tipo qualitativo descritivo.

VISÃO GERAL DA TESE

A estrutura deste documento inicia-se com a presente Introdução. Pretendemos nesta Introdução apresentar e contextualizar a problemática em estudo e ainda, esclarecer o objetivo geral e tipo de estudo desta investigação.

Segue-se a Parte I relativa ao enquadramento teórico das temáticas que enformam a problemática de investigação. Desta forma, serão expostos e clarificados os conceitos teóricos em capítulos e subcapítulos que o delineiam. Considerando a importância da intervenção dos enfermeiros, numa perspetiva de cuidados centrados na criança e na família, optou-se por uma contextualização teórica da abordagem Touchpoints, em particular para a valorização do recém-nascido, dos pais, da relação entre si e da relação com o profissional. Posteriormente, clarificamos como e porque o recém-nascido deve ser entendido como um ser único e social. Como nos focaremos num período específico que corresponde aos primeiros tempos de vida após o nascimento – enaltecido na abordagem Touchpoints como uma oportunidade chave de intervenção para os profissionais junto da família – abordaremos a transição para a parentalidade à luz da Teoria das transições (que enaltece o papel da intervenção do enfermeiro neste processo). O último capítulo desta Parte I descreverá os processos de formação em enfermagem e sua importância para a aquisição de conhecimentos e suporte à prática clínica dos enfermeiros que cuidam de recém-nascidos e suas famílias.

O documento prossegue com a Parte II referente às opções metodológicas. Pretende-se que clarifique as opções metodológicas, os objetivos e questões de investigação, o tipo de estudo e o desenho de investigação, incluindo caracterização dos participantes, instrumento de recolha de dados e os

procedimentos de recolha e análise dos dados. Serão explanados os aspetos éticos, de rigor e qualidade da investigação.

A Parte III apresenta e discute os resultados em função das questões de investigação e numa perspetiva descritiva dos dados. Procurar-se-á expor o percurso de leitura, descrição e análise dos dados, tal como, o processo da discussão dos resultados. Serão incluídas partes do discurso dos participantes, de forma a elucidar sobre a interpretação destes resultados próxima e fiel ao discurso dos participantes e descrevendo de forma válida e explícita o fenómeno em estudo.

Segue-se a Conclusão que apresentará as principais ideias finais, e quais os pontos fortes, bem como as limitações do estudo e implicações para a prática clínica, educação e investigação.

O presente documento termina com as referências bibliográficas que sustentaram o enquadramento teórico e compreensão do fenómeno investigado, de acordo com a norma bibliográfica da American Psychological Association – 7ª edição, seguindo-se os Apêndices e Anexos onde constarão os documentos elaborados pela equipa de investigação, o sistema geral de categorias e outros documentos determinantes para o desenvolvimento deste estudo.

Parte I: Enquadramento teórico

1. A abordagem Touchpoints

1.1. Elementos da abordagem Touchpoints

1.2. Ferramentas de avaliação do comportamento do recém-nascido focadas na abordagem Touchpoints

2. O recém-nascido

2.1. As competências do recém-nascido

2.2. A importância do período neonatal

3. As transições em enfermagem

3.1. A transição para a parentalidade como foco de atenção de enfermagem

4. A formação em enfermagem

4.1. A formação ao longo da vida

4.2. Tipos de formação

1. A ABORDAGEM TOUCHPOINTS

O modelo de intervenção e desenvolvimento infantil de Brazelton é tido como uma das perspectivas atuais do desenvolvimento da criança e família (e.g., Gomes-Pedro, 2005). Considera que as relações precoces entre pais (voltamos a lembrar que ao longo deste documento por “pais” entendemos Mães e Pais) e filhos servirão de suporte ao desenvolvimento saudável da criança e tornarão os pais mais confiantes e competentes (e.g., Forstadt, 2012). Deste modo, prevê uma mudança no foco de atenção e na percepção do papel do profissional que intervém junto das crianças e suas famílias.

O presente capítulo pretende explanar os conceitos que constituem a abordagem Touchpoints enquanto modelo desenvolvimental e relacional, bem como a sua operacionalização enquanto ferramenta de intervenção com as crianças e as famílias à qual os profissionais podem recorrer com vista à promoção do desenvolvimento infantil e das competências parentais.

1.1.ELEMENTOS DA ABORDAGEM TOUCHPOINTS

A abordagem Touchpoints surge no seguimento da longa investigação e experiência clínica de Brazelton e assenta, essencialmente, em dois princípios: o desenvolvimento infantil é dinâmico e a aliança entre pais e profissionais promoverá o desenvolvimento da criança e a relação pais-filhos (Brazelton, 2005; Duarte, 2007; Forstadt, 2012; Percy, et al., 2002).

É uma abordagem essencialmente sistémica, considerando que o indivíduo e o meio onde ele se insere se relacionam e influenciam mutuamente, indo de encontro ao estipulado no modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner (e.g., Sparrow, 2010). Bronfenbrenner descreve o desenvolvimento como o resultado da reciprocidade entre o sujeito e o meio e define como componentes do modelo bioecológico o processo, o sujeito, o contexto e o tempo (Bhering & Sarkis, 2000; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner, 1977).

Os processos proximais são o motor do desenvolvimento e definem-se como a interação de reciprocidade entre o sujeito e o ambiente, na qual o indivíduo se ajusta ao seu ambiente e o meio onde ele se insere procura proporcionar as condições mais favoráveis ao desenvolvimento, alterando-se (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Sparrow, 2010). A sua influência sobre o desenvolvimento está, então, intimamente ligada ao sujeito e contexto (Bhering & Sarkis, 2000). Os processos proximais decorrem nos cenários de que os indivíduos fazem parte, no que Bronfenbrenner descreve como microssistema. Bronfenbrenner considera ainda a importância dos outros contextos, mais distais e o modo como têm influência nos indivíduos (e.g., Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Por um lado, serão as características individuais de cada um (iniciativa, insegurança, curiosidade, apatia, estado de saúde, etc.), as suas experiências e a forma como se relaciona com os outros e com o meio que influenciarão o seu desenvolvimento, podendo potenciá-lo ou peracion-lo (Bhering & Sarkis, 2000). Por outro lado, serão os sistemas que envolvem a pessoa, sendo eles, por exemplo, a família, a cultura e a religião, a escola e o local de trabalho que representarão o contexto do sujeito. Os recursos físicos, materiais e sociais, bem como, a organização e a forma como os diversos sistemas se relacionam entre si, refletem o impacto do contexto no desenvolvimento (Bhering & Sarkis, 2000; Bronfenbrenner, 2005). Contudo, para que haja desenvolvimento humano os processos proximais devem perdurar no tempo e tornarem-se cada vez mais complexos, ou seja, para surgir uma nova capacidade é necessário despende tempo para que a interação se proporcione e para que as atividades progridam em complexidade (Bhering & Sarkis, 2000; Bronfenbrenner, 2005).

Outro dos fundamentos da abordagem Touchpoints prende-se com a descrição do desenvolvimento infantil como dinâmico e descontínuo, encarando-o como um processo complexo caracterizado por avanços e retrocessos e influenciado por fatores internos e externos (e.g., Sparrow, 2013). Contraria, assim, a perspectiva em que este é linear e contínuo, esperando-se que a criança revele/adquira gradualmente certas competências em determinadas etapas/ idades e

que, uma vez adquiridas, não há regressões nessas competências (e.g., Sparrow & Brazelton, 2006).

Transpondo os aspetos anteriores para o desenvolvimento infantil, podemos então considerar que os processos proximais se iniciam já *in utero*. A interação entre o meio intrauterino e o bebé traduz-se nas diferenças individuais que identificamos após o nascimento (e.g., Sparrow, 2013). Esta relação entre o código genético, herança dos pais, e os estímulos do meio intrauterino, refletem a adaptabilidade do ser humano ao seu contexto (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Sparrow, 2010). Ao longo do desenvolvimento, a criança progride na aquisição das suas competências, tentando encontrar no ambiente estímulos como os comportamentos das pessoas significativas ou os recursos físicos, como os brinquedos, demonstrando o seu papel ativo enquanto ser competente e social (ver capítulo dedicado ao recém-nascido). A criança é, pois, influenciada pelo ambiente onde se insere que procura potenciar o seu desenvolvimento de forma a assegurar a sua adaptabilidade e conseqüente sobrevivência, como advogado antes. Assistimos assim a uma reciprocidade na relação entre a criança e o seu contexto. Quando procura evoluir no seu desenvolvimento, a criança tentará iniciar algo novo, necessitando de apoio e motivação. Será nas suas relações mais próximas e seguras com adultos, habitualmente os pais, que encontrará o suporte necessário. O ambiente familiar representa um dos cenários do microsistema que mais influenciará o desenvolvimento infantil. Bronfenbrenner (2005) salienta que serão os vínculos afetivos sólidos entre pais e criança que a conduzirão ao interesse e exploração das suas capacidades e do que a rodeia. Todavia, importa referir que nem sempre o meio é favorecedor do desenvolvimento da criança. Ambientes familiares em contexto de rutura emocional, financeira, social ou outras, poderão influenciá-lo negativamente (e.g., Bhering & Sarkis, 2000; Bronfenbrenner, 2005). Os estímulos que impulsionam a exploração e evolução desenvolvimental ficam muitas vezes comprometidos nestas circunstâncias.

O que se torna igualmente importante é a forma como os diferentes contextos se relacionam entre si, pelo que, principalmente os principais contextos onde a criança e os pais se inserem, devem partilhar a sua linguagem, princípios e

desenvolver canais de comunicação efetivos onde o principal objetivo seja comum: promover o potencial do desenvolvimento da criança (Bhering & Sarkis, 2000; Bronfenbrenner, 2005).

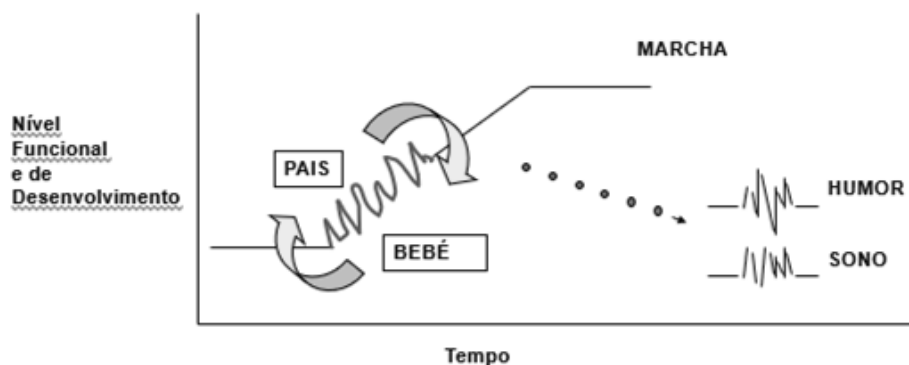
No contacto com pais e crianças, Brazelton identificou que existiam momentos precisos no crescimento da criança, caracterizados por alterações no seu comportamento e regressão nas competências já adquiridas, acompanhados de confusão parental e seguidos da aquisição de novas competências, denominando-os como “touchpoints” (e.g., Brazelton, 2003). Percebeu que na reorganização que sucede esta desorganização, as capacidades desenvolvimentais da criança consolidam-se e ainda que a preparação da criança para as suas novas capacidades, que a competência desenvolvimental que se aproxima acarretará, leva a que haja um desinteresse temporário nas competências já consolidadas e dominadas (Sparrow, 2010). Durante este período pode ocorrer ansiedade parental por incompreensão do comportamento infantil, considerando que aparentemente regrediu, conduzindo a sentimentos de impotência e frustração na educação e cuidados à criança (Figura 1.). Por exemplo, quando a criança começa a aprender a andar, subitamente tem a possibilidade de descobrir o que a rodeia de uma forma mais abrangente e exploradora. Então, foca a sua atenção nesta nova competência, perdendo o interesse noutras como a fala ou a alimentação, que representam uma interrupção indesejada na sua descoberta. Este desinteresse é muitas vezes mal interpretado pelos pais, conduzindo à sua insegurança e incerteza na qualidade do seu desempenho parental.

Se assumirmos que o desenvolvimento infantil é multidimensional, uma vez que todas as áreas do desenvolvimento se afetam mutuamente, percebemos que a desorganização numa delas cause desorganização nas restantes (e.g., Stadler & Hornstein, 2009). Se assumirmos, igualmente, que a família é um sistema onde existe um equilíbrio entre todos os seus elementos, percebemos que se um desses elementos se desorganizar observaremos um desequilíbrio de toda a família com necessidade de adaptação individual às novas circunstâncias. Desta forma, compreende-se que tanto a criança como os pais são elementos ativos

na relação entre si e no percurso do desenvolvimento infantil, influenciando-se mutuamente, exigindo igual atenção.

Figura 1.

“Touchpoints” no desenvolvimento infantil e stress parental.



Nota: adaptado de Stadtler A. C., 1999; Brazelton Touchpoints Center, 2000; Brazelton & Sparrow, 2003)

A abordagem Touchpoints valoriza tanto a criança como os pais. Procura compreender o que está por detrás do comportamento infantil e fornecer suporte aos pais, com o intuito de proteger e promover o desenvolvimento da criança e o relacionamento entre pais e filho (Brazelton Touchpoints Center, 2000). Temos vindo a assistir a uma crescente preocupação dos pais para além das questões tradicionais de saúde e doença, mostrando interesse naquelas relacionadas com o desenvolvimento infantil, os afetos e as relações familiares (e.g., Cardoso, 2011; Soares, 2008; Sparrow, 2018).

Já se discutiu o impacto do ambiente onde a criança se insere no seu percurso desenvolvimental, indicando que a importância que os pais atribuem ao comportamento dos seus filhos condicionará a forma como se relacionam com eles e a sua autoperceção do exercício do papel parental. Também já discutiu a reciprocidade desta relação, onde tanto a criança como os pais influenciam o processo de aquisição de uma nova competência, procurando reforço um no outro. Assim, torna-se impossível separá-los quando falamos de intervenção ou suporte do desenvolvimento infantil pois verifica-se o papel importante e determinante de ambos neste percurso. Naturalmente, estes períodos constituem oportunidades de intervenção para os profissionais de saúde,

promovendo o desenvolvimento da criança, o papel parental e a relação entre pais e filho. Em momentos de desorganização comportamental e consequente desorganização do sistema familiar, os pais encontram-se mais vulneráveis e mais recetivos a algum apoio. Brazelton descreve estes momentos previsíveis (“points” – pontos) como oportunidades de aproximação à família (“touch” – tocar), promovendo o desenvolvimento infantil e o papel parental, protegendo-a e permitindo a sua reorganização (Sparrow, 2013). Percebemos, então, que para além de compreender o processo do desenvolvimento infantil e como este afeta o sistema familiar importa que os profissionais que se relacionam com estas famílias valorizem estes aspetos na construção dessa relação. Falamos do modelo relacional que sustenta a abordagem Touchpoints em conjunto com o modelo desenvolvimental já descrito.

Brazelton (1999) enaltece a relação de aliança e suporte que os profissionais devem construir com as famílias. Consciente da vulnerabilidade dos pais nos momentos de desorganização da criança, o profissional deve reconhecê-la como uma oportunidade de intervenção e interrupção de uma possível rutura no desenvolvimento, procurando tornar-se num interveniente do sistema de apoio e cuidados à criança (Brazelton Touchpoints Center, 2000; Sparrow, 2010). Deve assumir uma posição de suporte ao desenvolvimento, mas sem criar dependência dos pais nos seus conhecimentos e experiência profissional (Brazelton Touchpoints Center, 2000).

Esta aliança de suporte (definida como “scaffolding” na língua inglesa) contempla as crenças dos pais e o seu contexto sociocultural e o comportamento da criança, caracterizando-se por um processo dinâmico que recorre a estas características individuais e familiares para se instituir (Brazelton Touchpoints Center, 2000). Engloba o que os pais trazem para a interação com o seu filho, nomeadamente as suas experiências como filhos e como pais, a sua interpretação e o impacto do comportamento da criança na vida familiar (Brazelton Touchpoints Center, 2000; Percy, et al., 2002; Sparrow & Brazelton, 2006). Todos estes fatores influenciarão, não só a relação pais-filho, mas também a relação pais-profissional. Assim, o profissional deverá ser capaz de perceber o impacto do comportamento da criança no sistema familiar e na

autoconfiança dos pais, antevendo como futuros momentos de desorganização poderão desajustar o equilíbrio da família (Brazelton Touchpoints Center, 2000; Sparrow, 2010). Para os pais torna-se tranquilizador conhecer o percurso do desenvolvimento infantil, como ele ocorre e o que esperar do comportamento dos seus filhos (e.g., Brazelton, 1999). Permite-lhes encontrar estratégias para o compreender e reforçar assim como diminui a sua descrença em si próprio como pai (Brazelton, 1999; Brazelton & Sparrow, 2003; Percy, et al., 2002). Posto isto, compreendemos que o papel do profissional será o de fornecer suporte à família durante o desenrolar do desenvolvimento infantil, integrado as suas características pessoais e familiares na construção da relação com os pais, promovendo o equilíbrio do sistema familiar. Interligando todos estes aspetos, importa considerar e refletir acerca de um dos conceitos-chave desse modelo: os cuidados antecipatórios.

Os “touchpoints”, como já vimos, são alturas propícias para a intervenção do profissional e para construir uma relação de colaboração com os pais no sentido de compreender o comportamento infantil e enaltecer a resposta parental nos momentos de desorganização do desenvolvimento (e.g., Forstadt, 2012; Percy, et al., 2002). Neste sentido, o profissional deverá estar ciente que a informação fornecida e partilhada com os pais apenas produz efeitos se eles se mostrarem interessados e recetivos (Sparrow & Brazelton, 2006). Para isso, deve utilizar estes momentos para abordar os aspetos que têm valor para os pais, como a alimentação, o sono, a disciplina, etc., em vez da validação da aquisição das competências neurocognitivas (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003). Desta forma consegue distanciar-se dos problemas e focar-se nas forças da criança e família, ou seja, nos seus sucessos em termos desenvolvimentais e de adaptação às novas competências da criança, conseguindo tornar-se no seu aliado (Brazelton, 1999; Brazelton & Sparrow, 2003; Brazelton Touchpoints Center, 2000). Conhecer o desenvolvimento infantil de forma a prever as alterações que se avizinham e o seu significado, reconhecer as dinâmicas familiares e estilos parentais e adotar uma postura de suporte, motivação e orientação serão os alicerces da aliança entre o profissional e os pais e dos cuidados antecipatórios. Assim, abandona-se a atitude prescritiva, onde são

fornecidas aos pais “fórmulas” para solucionar os problemas e cuidar dos filhos, e substitui-se por uma atitude colaborativa, onde são reconhecidas as competências parentais e a sua mestria no conhecimento e reconhecimento do comportamento infantil (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003). Tendo por base esta atitude colaborativa, o profissional centrar-se-á na descrição do comportamento infantil e seu significado para os pais, podendo negociar planos e estratégias personalizados para ultrapassar as dificuldades sentidas (e.g., Stadler & Hornstein, 2009). Preverá alterações no comportamento da criança, enquadrando-as no desenvolvimento infantil e monitorizando a resposta parental a estas mudanças, à medida que conversam e encontram formas de ultrapassar as adversidades, promovendo o desenvolvimento infantil e parental. A descrição do comportamento infantil permite aos profissionais, por um lado, perceber o seu significado para os pais, a forma como eles o interpretaram e que importância lhe atribuem; por outro lado, permite aos pais compreender as alterações do comportamento do filho, integrá-las no percurso normal do desenvolvimento infantil e reforçar o seu papel parental (Brazelton, 1999; Brazelton & Sparrow, 2003; Brazelton Touchpoints Center, 2000; Percy & McIntyre, 2001; Stadler & Hornstein, 2009). Ao representar um apoio à relação pais-filho, o profissional pode antecipar, igualmente, a reação dos pais às mudanças comportamentais que se avizinham. As dificuldades sentidas em “touchpoints” anteriores, bem como, o processo de adaptação às novas circunstâncias, permitem antecipar como decorrerão “touchpoints” futuros. Assim, o profissional pode construir um “esboço” das suas intervenções junto dos pais, facilitando a sua resposta aos períodos de desorganização que se aproximam (Stadler & Hornstein, 2009). Desta forma, conseguir-se-á construir uma relação empática e colaborativa com os pais na qual o profissional assume o seu objetivo em comum com eles: a promoção do desenvolvimento infantil e das competências parentais.

No sentido de facilitar a compreensão das atitudes do profissional que adota a abordagem Touchpoints no exercício das suas funções existem Princípios e Pressupostos que a enquadram. Oito Princípios orientam o profissional no seu trabalho com as crianças e famílias (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018) e são descritos seguidamente (Brazelton Touchpoints Center, 2000):

• *Reconheça o que traz para a interação:* compreender a relação estabelecida com a família, qual o lugar e importância que os pais atribuem ao profissional no sistema familiar.

• *Procure oportunidades para apoiar a mestria:* cada “touchpoint” representa uma evolução no desenvolvimento e uma gestão da adaptação familiar às novas competências. Discutir o impacto deste desenvolvimento e as estratégias encontradas revela a mestria parental.

• *Utilize o comportamento da criança como a sua linguagem:* o comportamento da criança é a sua linguagem e deve ser utilizada também na comunicação entre pais e profissional. A partilha da observação e descrição da forma como a criança se comporta aproxima-os.

• *Valorize a desorganização como oportunidade:* cada “touchpoint” traduz-se no comportamento infantil. Compreender as reações da criança (frustração e satisfação) no processo de aquisição de novas competências revela-nos a sua individualidade.

• *Valorize e compreenda a relação estabelecida entre si e os pais:* as atitudes e sentimentos expressados pelos pais despertam reações nos profissionais. Estes devem procurar o impacto destes aspetos no seu desenvolvimento profissional e o contributo para o seu papel na relação de suporte.

• *Esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional:* embora não seja possível ser-se perito em todas as áreas (medicina, psicologia, educação, etc.), os profissionais devem estar disponíveis para discutir outros assuntos fora da sua área de especialização se tal promover o papel e a satisfação parental.

• *Focalize na relação pais-criança:* a relação entre pais e filho suporta o desenvolvimento infantil e a satisfação parental. Compreender como interagem entre si e as forças que sustentam esses laços afetivos é a ferramenta mais relevante para o trabalho com as famílias.

• *Valorize a paixão, onde quer que a encontre*: refere-se à energia com que os pais cuidam do seu filho. Representa o que tem valor para os pais na relação com o seu filho e permite ao profissional promover as relações familiares.

Os seis Pressupostos parentais que explicitam as capacidades e características dos pais e são premissas para o diálogo (Tabela 1.). Os seis Pressupostos profissionais (Tabela 2.) valorizam o profissional e promovem a sua autoconsciência. Ambos contribuem para a construção da relação pais-profissional (e.g., Hornstein, 2014).

Tabela 1.

Pressupostos parentais da abordagem Touchpoints

Pressuposto parental
Os pais são os peritos nos seus filhos.
Todos os pais têm forças.
Todos os pais querem fazer o melhor com os seus filhos.
Todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento.
Todos os pais têm sentimentos ambivalentes.
A parentalidade é um processo de tentativa/ erro.

Tabela 2.

Pressupostos profissionais da abordagem Touchpoints

Pressuposto profissional
Cada profissional é perito no seu contexto profissional.
Os profissionais querem ser competentes.
Os profissionais precisam do mesmo apoio e respeito que fornecem aos pais.
Os profissionais precisam de refletir na sua contribuição para a interação com os pais.
Todos os profissionais têm sentimentos ambivalentes.
A profissionalidade é um processo construído por tentativa e erro.

Estão definidos quinze “touchpoints”, entre a gravidez e os primeiros seis anos de vida da criança. Estes quinze momentos constituem ferramentas de aproximação dos profissionais aos pais, solidificando a sua relação e criando oportunidades de promover o desenvolvimento infantil e as ligações familiares (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Brazelton & Sparrow, 2003). São eles (Brazelton Touchpoints Center, 2000, 2016; Duarte, 2007; Sparrow, 2007):

- *Pré-natal – O bebé ideal*: tem por objetivo conhecer os pais e iniciar a construção de uma aliança de suporte. O contacto com os pais deve surgir pelas 30-31 semanas de gestação e permitirá explorar as suas expectativas em relação ao seu filho e ao seu desempenho como pais, bem como, conhecer as relações do sistema familiar (apoio da família alargada, necessidade de apoio social, etc.).

- *Recém-nascido – O bebé real*: tem por objetivo avaliar o estado de saúde e as características (temperamento) do bebé, bem como, recolher alguma informação acerca do parto e das perspetivas após a alta. Deve ocorrer por volta do 2º-3º de vida do recém-nascido. Estas informações permitem fomentar a relação dos pais com o seu filho ao promover o seu conhecimento acerca do comportamento do bebé. Pode ser aplicada a Newborn Behavioral Assessment Scale na presença dos pais, com respetiva descrição da sua aplicação.

- *3 semanas – O “poço” de energia*: tem por objetivo compreender o impacto das novas rotinas impostas pela chegada do bebé. Esta nova fase é muitas vezes avassaladora e esgotante, pelo que o profissional deve promover a autoestima e autoconfiança dos pais, bem como, apoiar a prestação de cuidados ao filho.

- *6 a 8 semanas – O bebé gratificante*: tem por objetivo perceber a formação do novo sistema familiar com a inclusão do bebé como o seu novo elemento. Permite perceber como os pais recuperaram da excitação e exaustão das primeiras semanas, como se relacionam com o filho e como se adaptaram ao papel parental.

• *4 meses – Olhando para fora:* tem por objetivo perceber como o bebê tem estabelecido as suas relações significativas e como a família se tem reorganizado com as alterações no comportamento infantil. Por esta altura ocorre um despoletar do interesse e exploração do ambiente por parte da criança que utiliza as suas ferramentas cognitivas para o conhecer, podendo mostrar alterações no padrão de sono e de alimentação. Revela, também, as suas preferências pelos adultos que lhe estão mais próximos, elucidativas da sua vinculação.

• *7 meses – Levantando de noite:* tem por objetivo compreender como a criança gere a sua satisfação e a sua frustração simultânea de conseguir explorar o meio, mas nem sempre ser capaz de o fazer como desejaria. Permite, também, perceber de que forma a família tem reagido e que estratégias tem encontrado para ultrapassar este surto de desenvolvimento.

• *9 meses – O dedo espetado:* tem por objetivo perceber as novas competências desenvolvimentais da criança (principalmente as motoras) e a forma como os pais têm gerido a autonomia do seu filho. Por esta altura, a criança não só sabe o que quer como também consegue o que quer, criando nos pais sentimentos ambivalentes de orgulho e medo pela segurança do filho.

• *12 meses – A andar:* tem por objetivo promover a reflexão do que se passou neste primeiro ano de vida da criança, principalmente no que diz respeito às relações familiares estabelecidas, às competências infantis adquirida e ao exercício do papel parental.

• *15 meses – O trepador:* tem por objetivo compreender que uso a criança tem dado às suas novas capacidades e como tem afetado o sistema familiar. Por esta altura, a ansiedade de separação e os laços aos pais são muito fortes, apesar da crescente autonomia. A criança vai explorar a relação de causa-efeito não só com os objetos, mas também nas suas relações pessoais.

• *18 meses – Rebelde com uma causa:* tem por objetivo compreender como a criança e os pais se têm reajustado às novas capacidades intelectuais e

cognitivas da primeira. A criança é capaz de pensar para além da sua experiência direta, ou seja, reportar situações e experiências passadas para o momento atual. Incorpora as regras sociais e familiares no seu quotidiano, mas vive a dualidade entre o que quer fazer e o que querem que ela faça, levando-a a testar limites. Os adultos são agora muitas vezes encarados como barreiras à sua liberdade.

• *2 anos – “Chegando ao “Não!”*: a criança consegue agora explorar o meio de forma abrangente, dominando a linguagem e a intencionalidade das ações. Apesar desta independência, ainda requer uma grande proximidade emocional dos pais – este é o momento de compreender como a criança explora a sua independência e qual o seu impacto para os pais.

• *3 anos – “Porquê?”*: tem por objetivo compreender como a família se tem ajustado à estabilidade emocional da criança e refletir sobre os desafios passados. A criança tem agora menos interesse em desafiar os pais e é capaz de brincar sozinha ou com os seus pares, revelando um rápido desenvolvimento das capacidades linguísticas e cognitivas. Pode igualmente demonstrar as suas preocupações e reflexões através de medos, terrores noturnos, etc. Este “touchpoint” antecede a crise de identidade dos quatro aos seis anos.

• *4 anos – “O que eu faço importa”*: esta é a idade da brincadeira e da fantasia. A criança é agora mais capaz de compreender que o seu comportamento tem efeitos nos outros, mas ainda lhe falta consistência emocional para se autorregular. Nesta tentativa de domínio do autocontrolo a noção de que “coisas más” podem acontecer-lhe podem gerar medos e pesadelos – o pensamento mágico está muito presente nesta idade.

• *5 anos – “Quem eu sou importa”*: a criança está a tornar-se mais independente. Está mais interessada no “quem sou eu”. A sua autoconsciência torna-se mais definida e a criança identifica semelhanças e diferenças entre si e os outros elementos do grupo. O seu temperamento e individualidade afirmam-se.

• *6 anos – “O estudante”*: a criança entra na escola e vai ter de se adaptar às novas exigências sociais. Tem agora mais noção de que é “avaliada” e do que se espera dela, sentindo pressão para ter um bom desempenho. A consciência quanto às suas capacidades e conhecimentos impelem-na a experimentar, a agir na relação com o mundo exterior, interiorizando o seu sentido de competência.

Sem descurar a relevância de cada um dos “touchpoints” que acabamos de descrever, tendo em conta o enquadramento deste estudo, salientamos que o primeiro e segundo “touchpoints” iniciam o caminho na construção da relação de aliança entre pais e profissionais. No “touchpoint” do recém-nascido (2º “touchpoint”), o profissional encontrará a oportunidade de promover esta relação, pois o nascimento de um bebé confere-lhe a possibilidade de aproveitar o que já conhece sobre a família (“touchpoint” pré-natal) e de demonstrar a sua vontade e interesse em fazer parte do sistema familiar. Consciente das emoções e da disponibilidade dos pais para receberem apoio, o profissional tem neste 2º “touchpoint” uma verdadeira oportunidade de intervenção. Pode, então, investir na promoção da relação pais-bebé e das competências parentais, abrindo caminho para se estabelecer como um apoio efetivo e significativo para aquela família.

A aplicação da abordagem Touchpoints foi inicialmente pensada para o contexto dos cuidados de saúde primários (e.g., Brazelton, 1999), integrando-se nos momentos de vigilância de saúde da consulta pediátrica de rotina (Brazelton, 2005). No entanto, revelou-se de tal forma abrangente e multidimensional que tem sido utilizada em variadíssimas áreas (saúde, educação, intervenção social) e por diversos profissionais como assistentes sociais, professores, etc. (Stadler & Hornstein, 2009), tendo sido os enfermeiros os primeiros a demonstrar interesse neste modelo e a aplicar-lo ao seu contexto profissional (Sparrow, 2013). Entre as áreas da saúde, encontra-se a sua utilização, por exemplo, no contexto dos cuidados de saúde primários (Higley & Miller, 1996; Stadler et al., 1995; Tyler & Horner, 2008), do combate à obesidade infantil (Tyler & Horner, 2008), do controlo da asma (Stadler, et al., 2001), da prematuridade (Bigsby, 2010; Brazelton & Sparrow, 2003; Higley & Miller, 1996), das visitas domiciliárias

(Brandt & Murphy, 2010; Forstadt, 2012; Olds, 2010) e da saúde escolar (Percy, 2006). Podemos, também, encontrar a aplicação deste modelo no contexto escolar (creche, jardim de infância, ensino básico) (Singer, 2007; Singer & Hornstein, 2010) ou com mães e grávidas adolescentes de minorias étnicas com baixo rendimento financeiro (Percy & McIntyre, 2001). Para além disso, a satisfação de enfermeiros e pais pode ser atingida com intervenções de enfermagem baseadas nesta abordagem (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Soares, et al., 2016), bem como, ter um impacto positivo sobre a perceção dos pais acerca do papel e práticas dos enfermeiros (Soares, 2016). A sua aplicação é também defendida na formação profissional, quer nos locais de ensino superior, com programas curriculares de formação em enfermagem ajustados aos seus conceitos (Gomes-Pedro, 2009; Percy, et al., 2002) ou com inclusão das suas temáticas (Rosas & Xavier, 2017), quer nos locais de trabalho (Keefer, 2010; Stadler & Hornstein, 2009), livros de enfermagem em pediatria que incluem a Neonatal Behavioral Observations System, Neonatal Behavioral Assessment Scale e abordagem Touchpoints (Stadler, et al., 2010) e instituições de saúde que reconhecem a formação em Touchpoints como uma medida de melhoria da qualidade (Stadler, et al., 2013).

Independentemente da forma ou local onde se aplica, pretende-se que o foco de atenção da intervenção do profissional se ajuste para a proteção do desenvolvimento da criança e da sua relação com os pais, bem como, para a construção de uma relação baseada na confiança, empatia e partilha entre pais e profissionais (e.g., Brazelton, 1999). Demonstra-se a versatilidade da aplicação deste modelo em vários contextos, com o intuito de promover a reflexão profissional acerca da sua prática e promover o desenvolvimento profissional (Sparrow, 2010, 2013). Ressalva-se, contudo, a necessidade desta mudança profissional e individual ser acompanhada de uma mudança nas políticas das organizações e até governamentais para que chegue a todos os profissionais que lidam com crianças e as suas famílias e, conseqüentemente, que todas essas crianças e famílias possam desfrutar dos benefícios deste modelo no seu desenvolvimento pessoal e familiar (Sparrow, 2010, 2013).

1.2.FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DO RECÉM-NASCIDO FOCADAS NA ABORDAGEM TOUCHPOINTS

Sabemos que os primeiros anos de vida da criança são fulcrais para o seu desenvolvimento e que as relações que estabelecem na primeira infância têm um papel determinante na sua formação como pessoa adulta (e.g., Singer, 2007), tal como será exposto mais aprofundadamente no capítulo dedicado ao recém-nascido. Portanto, a investigação tem demonstrado interesse no contacto entre pais e filhos, na forma como este potencia os laços afetivos que os unem e que intervenções podem promover a relação entre ambos (e.g., Martínez-Gertner, et al., 2004; Myers, 1982).

Até meados do século XX o recém-nascido era encarado como um mero recetor de estímulos sensoriais. Julgava-se que não era capaz de ver nem ouvir e que meramente reagia com reflexos primitivos aos estímulos do ambiente (e.g., Nugent, 2010). A “descoberta” do recém-nascido, isto é, os estudos que demonstraram as suas capacidades visuais, auditivas, cognitivas e relacionais, levantaram o interesse da investigação pelo comportamento e desenvolvimento infantil. Assim, procuraram-se meios de avaliar e perceber essas capacidades. As primeiras escalas que visavam avaliação do recém-nascido estavam focadas essencialmente nas respostas reflexas aos estímulos sensoriais e na avaliação neurológica.

Inspirado nestes trabalhos, Brazelton procura conhecer e documentar as competências dos recém-nascidos. Motivado pela sua experiência com bebés e os seus pais, cedo percebeu que os recém-nascidos procuravam interagir com o meio, numa troca de respostas a estímulos que lhe permitiam adaptar-se ao que os rodeava e relacionarem-se com os adultos (Brazelton, 2009). Com base nestas observações, constatou diferenças entre os recém-nascidos de uma tribo no México e recém-nascidos caucasianos, identificando a influência cultural e do ambiente no comportamento infantil (Brazelton, 2009; Nugent, 2010). Percebeu as diferenças individuais dos recém-nascidos, ou seja, que cada um possuía forças e vulnerabilidades pessoais, elucidativas do seu temperamento, e que as suas respostas comportamentais exerciam um papel protetor do seu

desenvolvimento (Lester, 2010). Fala-se pela primeira vez no temperamento do recém-nascido, assumindo que a avaliação global da transição entre os estádios de consciência permitia perceber se estávamos perante um bebé mais organizado ou mais agitado. Atribuiu três categorias a este temperamento: calmo, ativo e neutro², considerando que se os pais identificarem o seu padrão comportamental conhecerão o seu filho, o que influenciará o seu papel parental e a ligação afetiva entre eles (Gomes-Pedro, 2009; Lester, 2010).

Como será aprofundado no capítulo 2., assume-se que o recém-nascido é um ser social, complexo e organizado que não só reage e se defende de estímulos negativos como controla as suas respostas autónomas para se preparar a receber os estímulos que considera agradáveis, revelando a capacidade de se adaptar ao meio envolvente, promovendo o seu desenvolvimento (e.g., Gomes-Pedro, 1986). Estes aspetos remetem para a relevância do 2º “touchpoint”.

Como já ressaltamos no subcapítulo 1.1., a intervenção dos profissionais no período neonatal dá lugar à solidificação do seu papel como apoio à família. Nesta fase, a integração de um novo elemento no sistema familiar é uma novidade que requer adaptação dos pais (e eventualmente irmãos) ao bebé e do bebé à sua família – tal como será exposto no capítulo dedicado ao recém-nascido. Myers (1982) alerta que, durante o período do pós-parto, os pais recebem pouca informação acerca das competências do seu filho, podendo esta tornar-se uma oportunidade para proporcionar uma experiência de conhecimento mútuo que melhorará as relações do sistema familiar. Destacamos a importância que a abordagem Touchpoints representa para aqueles profissionais que pretendem uma intervenção focada na relação pais-filho, valorizando o bebé como ser social e os pais como principais cuidadores e conhecedores daquela criança. Os Princípios e Pressupostos da abordagem Touchpoints guiam e sustentam aqueles que visam ter um papel de verdadeiro apoio, centrado no desenvolvimento infantil como descontínuo e no comportamento infantil como a linguagem da criança.

² Na língua inglesa: “quiet”, “active”, “the middle of the road”, respetivamente (Lester, 2010).

Ao revelar as capacidades e competências interativas do recém-nascido, abrimos uma porta para o conhecimento da sua individualidade e complexidade. Descobrimos de que forma se relaciona com o que o rodeia, quais são as suas estratégias de comunicação e como procura desencadear nos adultos comportamentos que facilitem e promovam a sua organização comportamental (Gomes-Pedro, 1986; Higley & Miller, 1996; Nugent & Brazelton, 1989). Ao desvendar o comportamento individual do recém-nascido podemos prever como reagirá em determinadas circunstâncias, que significado têm certas reações e como podemos ajudá-lo a regular-se. Possibilita-se, desta forma, que os pais conheçam o seu filho desde os primeiros dias de vida, promovendo as suas competências no exercício do papel parental.

Percebemos, portanto, que, quando aplicada, a abordagem Touchpoints em si constitui uma forma de intervenção para os profissionais junto do recém-nascido e sua família. Contudo, também integra alguns instrumentos de avaliação do comportamento do bebé. A NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale), a NBO (Neonatal Behavioral Observations System) e a APIB (Assessment of Preterm Infants' Behavior), apresentadas seguidamente, constituem exemplos dessas ferramentas de avaliação para a intervenção no “touchpoint” do recém-nascido. Dada a sua complexidade, todas estas escalas exigem formação, treino e supervisão inicial (Brazelton & Nugent, 2011; Nugent, et al., 2017), sendo que a formação e certificação têm de ser realizadas em centros certificados (e.g., Als et al., 2005), como a Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebé e da Família. A NBAS e a NBO são, como veremos, exemplos de instrumentos de avaliação e/ou de intervenção que auxiliam os profissionais na solidificação do seu papel.

A primeira versão da NBAS foi publicada em 1973, com revisões em 1984, 1995 e 2011 (e.g., Lundqvist & Sabel, 2000; Nugent, 2010, 2013). Procura constituir uma ferramenta que documenta as diferenças individuais nos recém-nascidos e contribui para a compreensão e conhecimento do seu comportamento. A NBAS distingue-se de outras escalas por ser dinâmica, simultaneamente descrever o comportamento do recém-nascido em termos de auto-organização e interação e identificar as suas características individuais (Gomes-Pedro, 1986; Nugent,

2010). Possibilita, acima de tudo, conhecer o recém-nascido e de que forma podemos comunicar com ele (e.g., Gomes-Pedro, 2009). Por assumir que o recém-nascido se ajusta ao meio envolvente e encontra estratégias para interagir com o que o rodeia, representa, igualmente, uma contribuição para os cuidados prestados pelos profissionais e a forma como se encara a relação entre pais e filho. Permite, ainda, identificar características temperamentais, disfunções mais ligeiras ou alterações do sistema nervoso central e/ou de funções psicofisiológicas que poderão interferir com as interações pais-filho (Gomes-Pedro, 1986). Assim, considera-se que a NBAS, enquanto ferramenta de avaliação, visa avaliar as capacidades do recém-nascido em diferentes áreas e as estratégias que ele encontra para se adaptar ao meio envolvente (e.g., Nugent, 2010, 2013).

Composta por vinte-e-oito itens comportamentais, classificáveis numa escala de nove pontos e dezoito itens reflexivos e sete suplementares, classificáveis numa escala de quatro pontos, avalia globalmente o recém-nascido por se focar nas seguintes dimensões (Canals, et al., 2003; Gomes-Pedro, 1986; Nugent, 2010):

- *habituação*: capacidade de inibir um estímulo desagradável através de um comportamento protetor de não-reatividade.

- *orientação*: descreve a qualidade do estado de alerta e as capacidades sensoriais do recém-nascido.

- *sistema motor*: reflete a avaliação do tónus muscular, simetria dos movimentos e nível de atividade, permitindo compreender a organização motora durante a estimulação.

- *amplitude dos estádios*: labilidade na transição entre os seis estádios de consciência.

- *regulação dos estádios*: capacidade do recém-nascido se organizar e as estratégias que encontra para regular o seu estágio durante a estimulação.

- *regulação autónoma*: reflete os ajustes do sistema nervoso central aos estímulos, como a alteração da coloração da pele ou tremores.

• *atividade reflexa*: refere-se exclusivamente à avaliação dos reflexos.

As pontuações desfavoráveis nos itens reflexivos podem possibilitar a identificação de alterações neurológicas, embora não permitam definir diagnósticos clínicos (Nugent, 2010). Os itens comportamentais permitem identificar as características individuais do recém-nascido e os itens suplementares podem identificar de forma mais precisa comportamentos de recém-nascidos de risco.

Exemplo disso constituem os momentos de avaliação das respostas motoras e autónomas como a alteração de coloração da pele, aumento da frequência respiratória, aumento do tônus muscular ou flacidez, etc., que podem ser sinais de stress e de hiperestimulação, revelando que o recém-nascido pode necessitar de uma pausa para se reorganizar (Lowan, et al., 2006). Os momentos de avaliação da regulação dos estádios e dos itens de orientação são igualmente oportunidades de conhecer e descrever as respostas do recém-nascido. A labilidade nas transições entre os estádios de sono-vigília durante as estimulações e as estratégias de autoconsolo traduzem a regulação dos estádios de consciência e habilidade do recém-nascido para interagir com o meio em cada um deles. Alterações desses estádios durante a aplicação da escala vão permitir conhecer as estratégias de consolo a que o recém-nascido reage melhor (voz, contenção, embalo, etc.), a sua capacidade de se acalmar e de se manter interessado nos estímulos (Gomes-Pedro, 1986; Lowan, et al., 2006). Os itens de orientação vão descortinar a interação com os adultos propriamente dita. O virar da cabeça em busca do som da voz materna, o fixar do olhar na face materna, etc., demonstram que expressões faciais ou tom da voz se tornam hiper-estimulantes, levando o bebé a “desligar-se”, permitindo aos pais compreender o seu comportamento e a desenvolver estratégias de interação com o recém-nascido (Lowan, et al., 2006).

Durante a aplicação da NBAS, o examinador substitui a figura parental despertando no bebé reações a diferentes estímulos, interpretando o seu comportamento (Gomes-Pedro, 1986). Apresenta aos pais os sinais que definem o seu limiar de tolerância a estímulos e o desgaste que implica essa exposição,

exemplos que podem ajudá-los a relacionar-se com o seu filho (Lowan, et al., 2006; Martínez-Gertner, et al., 2004). O papel do examinador torna-se, então, o de promover a relação entre pais e bebé e a autoconfiança parental (Lowan, et al., 2006), devendo adotar uma postura de respeito e apoio, escutando empaticamente questões e observações parentais (Martínez-Gertner, et al., 2004; Nugent & Brazelton, 1989). Estes aspetos apontam para a sua utilização enquanto ferramenta de intervenção, que exploraremos mais à frente.

Como já foi discutido, o foco de atenção da NBAS são as respostas comportamentais do recém-nascido e não o comportamento em si (Nugent & Brazelton, 1989). Trata-se de uma escala tipicamente dinâmica, onde o bebé se torna no condutor do exame por ser o seu estágio de consciência que define o início da aplicação da escala (Lowan, et al., 2006). Outra das suas características, que surge associada à anterior, prende-se com a procura do “melhor desempenho”, isto é, o examinador procede à avaliação do bebé nas condições que melhor favoreçam a sua tolerância aos estímulos, de forma a procurar a melhor resposta possível (Gomes-Pedro, 1986, 2009; Nugent & Brazelton, 1989). Para isso deve estar treinado na aplicação da escala, considerando que será a sua sensibilidade para os sinais de stress do bebé e a sua habilidade para interpretar as respostas comportamentais que revelarão a individualidade comportamental do recém-nascido (Brazelton, 2009; Martínez-Gertner, et al., 2004; Nugent & Brazelton, 1989). Prevê-se que o examinador tenha alcançado fiabilidade na avaliação global do recém-nascido durante o seu treino na NBAS, de forma a assegurar a sua sensibilidade para as respostas comportamentais (Brazelton, 2009; Gomes-Pedro, 1986). Percebemos, como já referimos, a complexidade na sua aplicação e a importância da formação e treino específicos. No contexto nacional a formação nesta área já não se realiza há alguns anos (ao contrário do que tem acontecido com a formação em Touchpoints).

Pelo descrito anteriormente, a NBAS, enquanto ferramenta de avaliação neurocomportamental do bebé, tem sido utilizada pelos investigadores e profissionais como uma estratégia de identificação dos comportamentos do recém-nascido saudável ou de risco (Gomes-Pedro, et al., 1986; Nugent, 2013).

Desta forma, não só é possível identificar as características individuais dos recém-nascidos, como também, as diferenças culturais, entre géneros ou ainda diagnosticar situações de risco (Gomes-Pedro, et al., 1986; Nugent, 2013).

Para além da sua utilização na avaliação do recém-nascido, nomeadamente em contextos de investigação e prática, o recurso à NBAS como ferramenta/ estratégia de intervenção tem-se solidificado, especialmente aquando do contacto com a família no 2º “touchpoint”. A investigação tem demonstrado que as intervenções que visam promover a sensibilidade parental e as relações pais-filhos têm potencial para diminuir efeitos negativos no desempenho do papel parental e no desenvolvimento infantil (e.g., Nugent, et al., 2017). Ao descrever o comportamento individual do bebé na presença dos pais poderá promover-se a sua perceção das capacidades do bebé e a interação entre ambos, conferindo-se à NBAS o papel de uma ferramenta de intervenção junto do sistema familiar. Envolver os pais no decorrer da avaliação, realçando o comportamento do recém-nascido e seu significado, com base no princípio do “melhor desempenho”, promove a capacidade dos pais se ajustarem e responderem às necessidades dos seus filhos, fazendo-os sentir capazes de cuidar e comunicar com o bebé, bem como, de promover o seu desenvolvimento (e.g., Nugent, et al., 2017; Nugent & Brazelton, 1989). Veremos nos parágrafos seguintes que, para além da NBAS, também a NBO representa umas destas ferramentas de intervenção junto das famílias.

No que diz respeito à aplicação da NBAS como intervenção, uma primeira sessão deverá ocorrer pelo terceiro dia de vida do bebé e na presença dos pais, de forma a diminuir a influência dos efeitos do parto e podendo coincidir, por exemplo, com o período de internamento nos serviços de Obstetrícia (Gomes-Pedro, et al., 1986). As intervenções seguintes, segundo Nugent & Brazelton (1989), deverão ocorrer no âmbito de duas ou três visitas domiciliárias durante o primeiro mês de vida para que o profissional e os pais se apercebam da evolução no comportamento do bebé. Segundo os mesmos autores, com esta intervenção periódica a relação pais-profissional solidificar-se-á contribuindo para o seu objetivo último – fomentar a interação pais-filho com base numa aliança

terapêutica que apoia a família e promove o desenvolvimento infantil, como advogado pela abordagem Touchpoints.

Os estudos desenvolvidos que procuram perceber a eficácia da NBAS como ferramenta de intervenção têm explorado o seu efeito sobre a relação pais-filho, o desenvolvimento infantil, a percepção do temperamento infantil e as atitudes e satisfação parental, (Kusaka, et al., 2007; Myers, 1982; Ohgiet al., 2004) embora noutros se encontre inconsistência nos resultados obtidos (Britt & Myers, 1994^a, 1994b); Hart, et al., 1998; Martínez-Gertner, et al., 2004). A revisão de Barlow e colegas (2018), por exemplo, refere as incertezas na efetividade da sua aplicação como intervenção isolada. Assim, importa perceber que, quando desenvolvemos uma investigação que pretende perceber o efeito da NBAS existem vários fatores a ter em conta, principalmente que a periodicidade e o momento de aplicação da escala podem influenciar os resultados mas que a sua utilização como ferramenta de intervenção por si só pode influenciar as relações familiares e com os profissionais (Barlow, et al., 2018).

A NBAS tem servido, igualmente, como inspiração e base para o desenvolvimento de outras escalas de avaliação neuro-comportamental (Brazelton, 2009). Entre elas salientam-se o NBO e a APIB.

O NBO caracteriza-se por ser uma versão mais curta da NBAS que explora alguns dos seus itens (Brazelton, 2009; Nugent, 2013; Sanders & Buckner, 2006). Define-se como um instrumento de reforço da relação pais-filho, através da explicitação do comportamento do recém-nascido (e.g., Nugent, 2013). É constituído por dezoito itens de observação neuro-comportamental que englobam observações de respostas autónomas, motoras, de regulação de estádios e de interação social (Nugent, 2013; Nugent, et al., 2017). A sua aplicação pode durar entre 15 a 40 min e as observações, à imagem do que acontece na aplicação da NBAS, têm em consideração o estádio de sono-vigília do bebé (Høifødt, et al., 2020; Nugent, et al., 2017). A escala é aplicada sempre na presença dos pais, que são encorajados a participar nas observações. Enquanto o profissional vai traduzindo as expressões e comportamentos do recém-nascido, os pais vão partilhando as suas experiências com aquele filho e,

em conjunto, vão percebendo que medidas de conforto melhor se ajustam ao bebê e aos pais para promover a regulação do recém-nascido e a relação pais-filho (Cheetham & Hanssen, 2014; Høifødt, et al., 2020; Kristensen & Kronborg, 2018; Nugent, et al., 2017).

A NBO, portanto, não visa a avaliação comportamental propriamente dita, mas sim motivar os pais para interagir com o seu filho e explorar as suas respostas comportamentais, facilitando a sua utilização nos cuidados prestados pelos profissionais (Brazelton, 2009; Nugent, 2013; Sanders & Buckner, 2006). Por isso, foca-se em sensibilizar os pais para as competências dos recém-nascidos, nomeadamente as comunicacionais e de interação, numa procura de fomentar a relação pais-bebê (e.g., Høifødt, et al., 2020). Tem sido defendido que pode promover a qualidade do cuidado parental devido à interação pais-filho e que pode reduzir os sintomas de depressão materna (e.g., Høifødt, et al., 2020; Kristensen & Kronborg, 2018) e vários estudos sugerem que aumenta o envolvimento e confiança dos pais, bem como, a sua interpretação das competências e comportamento do bebê (Cheetham & Hanssen, 2014; Høifødt, et al., 2020; Kristensen & Kronborg, 2018; Nugent, 2013), o que, como vimos, lhe confere características de ferramenta de intervenção. Nugent e colaboradores, no seu estudo randomizado, mostraram que a NBO pode representar uma ferramenta de fortalecimento da relação pais-bebê, por ser focada na criança e centrada na família e por ser curta, flexível e facilmente integrada em vários contextos de prestação de cuidados (Nugent, et al., 2017). Aliás, duas meta-análises de Bakermans-Kranenburg e outros autores (2003, 2005) mostraram a eficácia de programas curtos que pretendem promover as interações entre pais e filhos. Também é exemplo o estudo de Sanders & Buckner (2006) que avaliou a viabilidade da NBO como ferramenta de intervenção de enfermagem para fomentar a relação mãe-bebê em mães pela primeira-vez e cujos resultados demonstraram que as mães avaliam a NBO como favorecedora do seu conhecimento acerca do comportamento do bebê e reconhecem-na como uma experiência de aprendizagem. São estas características que têm motivado a sua utilização por clínicos das áreas da medicina, enfermagem, entre outros, em contextos de consulta, internamento e

visita domiciliária (Barlow, et al., 2018; Cheetham & Hanssen, 2014; Høifødt, et al., 2020; Kristensen & Kronborg, 2018; Nugent, 2013).

A APIB, por seu lado, visa avaliar o comportamento do recém-nascido pré-termo, permitindo igualmente a avaliação de recém-nascidos de risco e até de recém-nascidos de termo (e.g., Als, et al., 2005). Também com inspiração na NBAS, avalia o comportamento a nível autónomo, motor, habituação, atenção, autorregulação (Als, et al., 2005; Sell, et al., 1995). Permite compreender os estímulos que o bebé recebe sem custos significativos, ou seja, com organização dos diversos sistemas, aqueles que lhe causam stress mas que com algum ajustamento do meio consegue incorporar e aqueles que o seu estágio de desenvolvimento não lhe permite receber, sendo causadores de desorganização (Als, 1986; Als, et al., 2005). Estas informações vão permitir compreender o recém-nascido pré-termo e traçar um plano personalizado de cuidados (Als, 1986; Als, et al., 2005; Noble & Boyd, 2012; Sell, et al., 1995). A APIB tem também sido defendida como ferramenta útil na investigação (Noble & Boyd, 2012).

Expusemos a NBAS e a NBO por serem, tradicionalmente, aquelas ferramentas mais associadas ao 2º “touchpoint” e a APIB por no contexto nacional já ser aplicada à população de recém-nascidos pré-termo internados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (e.g., Guimarães, 2015). Contudo, há outros instrumentos baseados na investigação de Brazelton e seus colaboradores como a NNNS (Neonatal Intensive Care Unit Network Neurobehavioral Scale), criada no âmbito de um estudo multicêntrico dos efeitos do consumo de drogas na gravidez no desempenho do bebé (Lester & Tronick, 2004). É composta por 115 itens, avaliando aspetos comportamentais e sinais de abstinência e stress nos recém-nascidos expostos a drogas no período pré-natal. Tem sido advogada como ferramenta útil para avaliar bebés de risco por esta exposição (Boukydis, et al., 2004), motivo pelo qual não nos debruçamos sobre esta escala.

Por fim, salientamos que com este capítulo pretendemos explorar a abordagem Touchpoints enquanto modelo relacional e desenvolvimental, que pode sustentar a prática profissional enaltecendo o papel e a intervenção do enfermeiro junto do

sistema familiar, bem como, alguns instrumentos a que ele possa recorrer como ferramentas de avaliação e/ou de intervenção.

2. O recém-nascido

A investigação dos últimos anos tem descrito e demonstrado o recém-nascido como competente e um elemento ativo nas relações que estabelece com os outros (e.g., Nagy, 2011; Nugent, 2013). As suas características como ser social têm sido suportadas por um olhar bioecológico, que destaca a importância dos que se envolvem nas relações que constituem os diversos contextos dos quais o bebé faz parte (e.g., Sparrow, 2013). Ressalva-se, igualmente, a importância do período neonatal para o desenvolvimento do indivíduo e das relações familiares (e.g., Nugent, 2013).

Assim, este capítulo é dedicado ao recém-nascido, pretendendo abordá-lo como um ser único e socialmente competente, destacando, também, a importância dos primeiros dias de vida para a relação com os pais e para a transição para a parentalidade.

2.1. AS COMPETÊNCIAS DO RECÉM-NASCIDO

Até cerca da primeira metade do século XX, o recém-nascido era tido como uma “tábua rasa”, inteiramente sujeito e moldável pelos estímulos externos (pais e ambiente) (e.g., Nugent, 2010; Sparrow, 2010). Contudo, a investigação em campos como o comportamento infantil, tem-nos mostrado o oposto, dando-nos bases para compreendermos melhor o recém-nascido e as suas capacidades de se relacionar com o meio (e.g., Gomes-Pedro, 2009).

Embora inicialmente fosse descrito como um comportamento essencialmente reflexo (Nagy, 2011), a perspetiva atual é que o comportamento do recém-nascido demonstra complexidade e intencionalidade (Nagy, 2011; Nugent, 2014; Trevarthen, 2011). Sabemos atualmente que no meio intrauterino já se evidenciam competências motoras e reflexas organizadas do feto, traduzindo um comportamento social (Gomes-Pedro, 2009; Trevarthen, 2011). Torna-se, assim, inegável que o bebé nasce preparado e programado para se relacionar com o meio. Após o nascimento e até cerca dos dois meses de idade o seu cérebro passa por uma fase de rápido desenvolvimento, de organização e reorganização

(e.g., Lipsitt, 2005; Nugent, 2014), desenvolvimento/ maturação que continuará ao longo das duas próximas décadas de vida (e.g., Fuhrmann, et al., 2015).

O recém-nascido é entendido como estruturado para e capaz de despertar nos adultos os estímulos de que necessita para se organizar e moldando os comportamentos adequados às suas necessidades. É por isso um elemento ativo nesta interação com os pais (Gomes-Pedro, et al., 1986; Nugent, 2013).

O momento do nascimento e as alterações e estímulos a que é sujeito nas primeiras semanas de vida exigem do recém-nascido um consumo energético elevado, agora que se perde o fornecimento de nutrientes pela placenta. Esta perda incorre num consumo de glicose por parte do cérebro, cujo fornecimento passa a subsistir da capacidade de mamar e do sistema gastrointestinal (e.g., Nagy, 2011). Para além de todos os processos que levam à adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino (respirar, mamar, controlar a temperatura corporal, etc.), a experiência do nascimento e os estímulos visuais e auditivos, bem como os estímulos tácteis e proprioceptivos (nos partos vaginais), despertam o sistema nervoso simpático, revelando um recém-nascido ativo e alerta nas primeiras horas de vida (Nagy, 2011). As investigações das capacidades sensoriais dos recém-nascidos vieram não só contrariar as hipóteses de que apenas viam sombras e que os seus ouvidos repletos de líquido amniótico os impediam de ouvir mas também mostrar que eram capazes de seguir e prestar atenção a objetos, de se isolar de sons altos e desagradáveis e que tinham preferências visuais (Gomes-Pedro, 1986; Nagy, 2011; Nugent, 2010, 2014). Seguidamente serão descritas e exploradas essas capacidades sensoriais:

- *a visão*: os estudos da capacidade visual do recém-nascido têm mostrado a sua reatividade à luz com reflexos de pestanejo e reflexos pupilares, bem como, uma preferência por intensidades luminosas intermédias (Lipsitt, 2005). São capazes de focar e seguir tanto objetos animados como inanimados (Gomes-Pedro, 1986). Embora com preferência para o rosto humano, o bebé mostra maior interesse por objetos com cores contrastantes e contornos ovalados (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, 1986; Lipsitt, 2005). É capaz de se focar a um objeto distanciado idealmente entre 20 a 30 cm,

perdendo esta capacidade a distâncias iguais ou superiores a 45 cm, devido à diferença entre o tamanho do globo ocular e a órbita (Brazelton & Cramer, 2007). Assim, para captar o seu interesse e atenção para um objeto, este deverá ser colocado a uma distância de cerca de 19 cm e movido lentamente e o bebé deve estar posicionado com ligeira inclinação (cerca de 30 cm) (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, 1986). Este focar-se-á no objeto, arregalando os olhos, diminuindo os movimentos dos membros e rodando a cabeça no sentido do movimento (Brazelton & Cramer, 2007). Contudo, como já foi referido anteriormente, a preferência visual do recém-nascido detém-se pela face humana, principalmente pela da sua mãe. O bebé mostra interesse na sua tridimensionalidade e foca-se inicialmente na linha de inserção do cabelo e do queixo (zona de contraste) e posteriormente nos olhos e boca, principalmente no seu movimento (Gomes-Pedro, 1986). Os estudos de “still-face” comprovaram a reatividade do bebé às expressões humanas (e.g., Tronick, 2010). Ao pedir à mãe que mostrasse uma face inexpressiva após interação com o filho, este procura insistentemente uma reação por parte da primeira e, perante a sua ausência, desorganiza-se e mostra-se frustrado (Gomes-Pedro, 1986; Nagy, 2011; Tronick, 2010). Segundo Brazelton e Cramer (2007), a reação do bebé a estímulos visuais desenrola-se em quatro fases: estágio de alerta inicial seguido de uma atenção crescente; um desinteresse gradual com afastamento do estímulo.

- *a audição*: o estímulo auditivo é já um hábito na vida fetal, com o batimento cardíaco e ruídos intestinais da mãe (Gomes-Pedro, 1986). O recém-nascido mostra preferência pela voz humana, uma vez que esta se situa no timbre preferido (500-900 ciclos/segundo), principalmente a voz feminina por ser mais aguda (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, 1986; Lipsitt, 2005). Perante um estímulo auditivo interessante, o bebé abre os olhos, desacelera o seu ritmo cardíaco, a sua respiração torna-se irregular e direciona a cabeça para a origem do som (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, 1986).

- *o paladar*: os estudos foram mostrando as preferências gustativas dos recém-nascidos através do ritmo e intensidade das sucções e pausas

associadas (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, 1986; Lipsitt, 2005). Os recém-nascidos mostraram conseguir distinguir o paladar de diferentes fluídos, com preferência para os sabores mais doces (Brazelton & Cramer, 2007; Lipsitt, 2005). Apresentaram maior interesse pelo sabor do leite materno comparativamente ao leite adaptado (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, 1986).

- *o olfato*: os estudos de Macfarlane (1975), mostraram que os recém-nascidos com cerca de uma semana de vida quando expostos a protetores de leite materno ou vazios, direcionavam a sua cabeça para o que continha leite humano, e ainda que, quando expostos aos mesmos protetores desta vez com leite materno e leite de outra mulher mostravam preferência olfativa pelo leite da própria mãe (citado em Gomes-Pedro, 1986; Lipsitt, 2005). Outros estudos mostram ainda a preferência pelos odores mais doces em detrimento dos mais amargos (Brazelton & Cramer, 2007).

- *o tato*: o toque consiste numa estratégia para acalmar e despertar o bebé (Brazelton & Cramer, 2007). Um estímulo táctil quando o bebé dorme ou está calmo pode despertá-lo e mantê-lo atento, enquanto um movimento lento pode acalmar um bebé agitado e choroso (Brazelton & Cramer, 2007). Para além deste aspetos, os reflexos do recém-nascido como o de Babkin (preensão da palma da mão com rotação ipsilateral da cabeça e abertura da boca) e ainda a tentativa de afastar um tecido opaco colocado sobre os olhos ou face mostram a importância do tato para o autoconforto e regulação da atividade motora (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, 1986; Lipsitt, 2005).

Para além das capacidades sensoriais, o bebé mostra outros comportamentos e capacidades indutoras de interação social com os outros. São exemplos a imitação e a intencionalidade da ação (Lipsitt, 2005; Nagy, 2011; Trevarthen, 2011). A primeira corresponde à capacidade de imitar um modelo visual, mesmo que de forma rudimentar (Lipsitt, 2005). Os estudos de Maratos (1973), mostraram que os bebés, mesmo aqueles com 10 dias de vida, eram capazes de assumir comportamentos imitativos como o “deitar a língua de fora” desde

que o modelo se encontrasse num campo visual adequado e tivesse captado a atenção do bebé (citado em Lipsitt, 2005). A imitação, segundo Trevarthen (2011), terá, para além do propósito de reproduzir o comportamento humano, o objetivo de comunicar e desenvolver relações com os outros através da aprendizagem da expressividade humana. A descrição da intencionalidade da ação do recém-nascido pretende mostrar que o seu comportamento não é meramente reflexo, mas sim propositado de alguma forma. Trevarthen (2011) salienta que o ser humano procura perceber o significado e propósito das ações e comportamentos dos seus semelhantes e que a atenção dos recém-nascidos demonstra o seu interesse numa reciprocidade emocional com os seus pais.

Identificadas as características do recém-nascido que contribuem para o seu comportamento emocional e social, importa perceber de que forma estes processos se desenrolam. A incorporação de um estímulo pode ser demasiado exigente, obrigando o recém-nascido a organizar-se e responder-lhe. Brazelton (1990) descreve o uso dos estádios de consciência e a alternância entre eles como esclarecedores da capacidade de resposta e incorporação dos estímulos internos e externos. O mesmo autor define seis estádios de consciência (ou comportamentais ou sono/ vigília) (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007):

- *estádio 1 – sono profundo*: olhos fechados, respiração regular e profunda, sem atividade espontânea, sem movimentos oculares. Ocorre em ciclos e tem como objetivo organizar e acalmar o sistema nervoso central hipersensível do recém-nascido (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007).

- *estádio 2 – sono leve*: olhos fechados, movimentos rápidos dos olhos, pequenos sobressaltos, respiração irregular e superficial (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007). Pensa-se que será nos períodos REM (“Rapid Eye Movement”) que ocorre o crescimento e diferenciação cerebral (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007; Nagy, 2011).

- *estádio 3 – sonolência*: abertura esporádica dos olhos, respiração regular, movimentos suaves dos membros. Facilmente despertável (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007).

- *estádio 4 – alerta tranquilo*: desperto e calmo, com olhar vivo, mínima atividade motora. A partir das duas/ três semanas estes períodos podem durar entre 20 e 30 minutos (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007).

- *estádio 5 – alerta ativo*: desperto, mas com agitação motora descoordenada. Se expostos a estímulos desagradáveis facilmente ficam irritados e choram (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007).

- *estádio 6 – choro*: choroso. O choro do bebê permite-lhe despertar o interesse do seu cuidador e será diferente consoante a sua necessidade (Brazelton, 1990; Brazelton & Cramer, 2007).

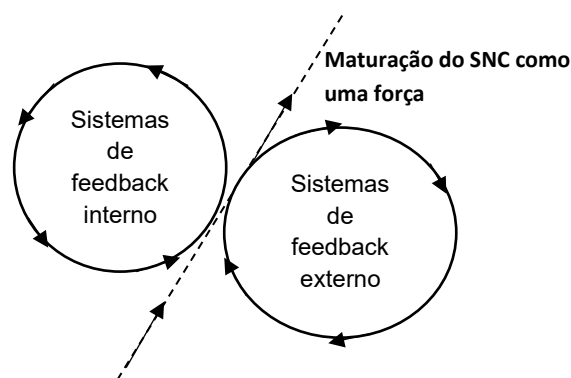
A regulação destes estádios será esclarecedora sobre a resposta e “perfil comportamental” do recém-nascido, mostrando a sua individualidade (Brazelton, 1990; Nugent, 2013). Um bebê hipersensível terá maior dificuldade em regular o seu sistema nervoso autónomo e manter-se alerta por algum tempo, revelando agitação motora e choro fácil. Comportamentos como a sucção não-nutritiva e a aproximação dos membros superiores à linha média são exemplos de estratégias do recém-nascido de auto-organização que lhe permitirão responder aos estímulos de forma mais prolongada (Nagy, 2011; Trevarthen, 2011). A habituação corresponde a uma reação protetora do sistema nervoso do recém-nascido e consiste num “adormecimento” do próprio bebê. Perante uma estimulação exagerada, o recém-nascido é capaz de diminuir a sua atividade motora, o seu ritmo cardíaco e entrar num estado de sonolência e não-reatividade ao estímulo (Brazelton & Cramer, 2007; Gomes-Pedro, et al., 1986; Nugent, 2014). Embora aparente estar a dormir, o bebê apresenta alguma rigidez muscular, não pestaneja e podem identificar-se movimentos de sobressalto, sendo perceptível que não está descontraído mas sim em controlo do que o rodeia (Brazelton & Cramer, 2007). Perante a repetição do mesmo estímulo, a reatividade do recém-nascido vai diminuindo, recuperando-se o nível de atividade e reatividade com a introdução de um novo estímulo – podemos então falar de uma possível influência da habituação na memória (Lipsitt, 2005). A habituação reflete um controlo dos estádios de consciência que demonstra uma capacidade de maior domínio sobre a estimulação externa (Nugent, 2014).

Para interagir com os pais o recém-nascido tem de ser capaz de se manter alerta, controlando a sua atividade motora e regular os seus estádios comportamentais, nomeadamente a transição entre eles.

Quando falamos do modelo bioecológico no Capítulo 1., expusemos a sincronia bebé-estímulos do meio. Torna-se, neste momento do trabalho, relevante perceber como se articulam estes sistemas no que ao desenvolvimento do bebé diz respeito. Brazelton identifica três estímulos para o processo de desenvolvimento da criança que atuam de forma sinérgica entre si: o sistema nervoso central e os feedbacks interno e externo (Figura 2.).

Figura 2.

Fontes de energia (forças) para o desenvolvimento infantil



Nota: adaptado de Brazelton & Sparrow (2003)

A maturação do sistema nervoso central (SNC) reflete-se nas capacidades motoras, sensoriais e reflexas da criança. Este será o impulsionador do desenvolvimento, estimulando e exigindo do bebé que vá amadurecendo e aperfeiçoando as suas capacidades. O feedback interno proporcionará o suporte a este amadurecimento, desenvolvendo a autoestima e autonomia do bebé quando ele é capaz de se autoconfortar e organizar. Representa a perceção do bebé dos seus sucessos, funcionando como regulador do desenvolvimento, representado, por exemplo, pela capacidade de autoconsolo, pelos sentimentos de frustração e satisfação (“eu consegui”). Finalmente, o feedback externo é representado pelos pais e família do bebé através do apoio e congratulação, orientação e reforço das capacidades da criança, motivando-a para progredir no seu desenvolvimento (Brazelton, 1990; Brazelton Touchpoints Center, 2000;

Stadler & Hornstein, 2009). Estes dois últimos mecanismos atuam em conjunto no sentido de promoverem e potenciarem o desenvolvimento infantil (Brazelton, 1990; Brazelton & Sparrow, 2003).

Considerando os aspetos anteriormente descritos, compreendemos que o recém-nascido é um ser complexo, competente, social, com características individuais e capaz de suscitar nos adultos interações que promoverão o seu relacionamento.

2.2.A IMPORTÂNCIA DO PERÍODO NEONATAL

Considera-se o período neonatal aquele que ocorre entre o nascimento e os 28 dias de vida (e.g., Nagy, 2011) e crê-se que terá uma influência determinante na formação da criança e sua família por corresponder a um rápido desenvolvimento cerebral e à construção dos primeiros alicerces como família (e.g., Nugent & Brazelton, 1989).

No subcapítulo anterior referiu-se as características do recém-nascido. Serão as diferenças individuais que suscitarão determinado tipo de respostas dos pais aos comportamentos do filho e estas, simultaneamente, provocarão respostas comportamentais do bebé. Esta interação sincrónica determinará a relação entre ambos (Higley & Miller, 1996; Sparrow, 2013). Para que esta relação multidirecional resulte, os seus elementos têm de estar ligados emocionalmente para que haja transmissão e processamento de informação (verbal ou não verbal, sensorial, etc.) (Sparrow, 2013).

No período neonatal, pais e recém-nascido aprendem a conhecer-se e a relacionar-se (Higley & Miller, 1996; Nugent & Brazelton, 1989). A criação dos laços familiares com o recém-nascido ocorre simultaneamente à aceitação do novo papel parental e ao novo relacionamento do casal como pais (Nugent & Brazelton, 1989), como também abordamos noutros capítulos deste trabalho. Nesta fase os pais têm de envolver o novo elemento na família, definir e ajustar rotinas e tornarem-se responsáveis por alguém que acabam de conhecer e que não domina a linguagem verbal (Higley & Miller, 1996). Anteriormente já se

discutiu o papel do recém-nascido como um elemento ativo na relação que estabelece com os pais (ver subcapítulo 2.1.). No que diz respeito ao papel dos pais, descreve-se a sensibilidade parental para o comportamento infantil como um elemento-chave no sucesso da relação pais-filho. Esta refere-se à capacidade dos pais para reconhecer e interpretar o comportamento infantil, respondendo-lhe adequadamente (e.g., Higley & Miller, 1996). O mesmo é, por exemplo, sustentado nos estudos de Mercer (2004) sobre o processo de “tornar-se mãe”, como veremos no capítulo seguinte. Será neste desenvolvimento como família que os pais vão consolidando a sua percepção do comportamento infantil (Nugent & Brazelton, 1989). Embora cada família se relacione de forma própria, numa relação pais-filho bem-sucedida identificam-se alguns aspetos específicos (Brazelton & Cramer, 2007; Higley & Miller, 1996). Destes destacam-se:

- *sincronia*: está relacionada com a sensibilidade parental e corresponde à capacidade dos pais de interpretarem e responderem adequadamente ao comportamento do bebé, coincidindo o seu ritmo com o do filho (procurar a interação quando o bebé está alerta, por exemplo) (Brazelton & Cramer, 2007; Higley & Miller, 1996).
- *simetria*: refere-se à influência da capacidade de atenção e preferências por estímulos da criança e o respeito dos pais por estes aspetos. Numa relação simétrica denota-se o interesse de ambas as partes em atingir e manter a sincronia descrita anteriormente (Brazelton & Cramer, 2007).
- *contingência*: refere-se à capacidade dos pais de condicionarem a sua resposta ao comportamento do filho, isto é, o bebé procura por meio da sua atividade motora, expressões faciais e vocalizações iniciar e manter interação com os pais e estes, por sua vez, vão experimentando o sucesso ou fracasso das suas respostas (Brazelton & Cramer, 2007). A contingência, segundo Brazelton e Cramer (2007), exige dos pais uma disponibilidade emocional e cognitiva.
- *adesão*: refere-se à expectativa e antecipação das respostas de um elemento por parte do outro (Higley & Miller, 1996).

- *jogos*: neste tipo de interação, a criança aprende a controlar os pais e o próprio “jogo” (Brazelton & Cramer, 2007; Higley & Miller, 1996).

- *autonomia*: refere-se à autopercepção da independência e domínio sobre as interações, resultantes da adesão (Brazelton & Cramer, 2007; Higley & Miller, 1996).

Estes aspetos tornam o período neonatal um desafio para os pais, influenciando as suas vivências da transição para a parentalidade e implicando uma disponibilidade e permeabilidade para a intervenção dos profissionais. A família é descrita como um “sistema aberto” no momento que precede o nascimento, possibilitando que o profissional se torne um elemento da aliança de suporte e identifique possíveis distúrbios na interação pais-filho (Nugent, 2013; Nugent & Brazelton, 1989). Este representa um dos aspetos que mostra a relevância dos cuidados de enfermagem nos primeiros dias de vida de um bebé, quer junto dele quer junto dos pais. Modelos de intervenção, como a abordagem Touchpoints, ajudam os profissionais a identificar e utilizar momentos de contacto com a família como forma de promover o desenvolvimento infantil, as relações familiares e a relação pais-profissionais (e.g., Sparrow, 2014), como já referimos noutras partes deste trabalho.

A procura e foco no relacionamento pais-bebé motiva a classificação do período neonatal como um momento de intervenção por excelência (Nugent & Brazelton, 1989). Tal como já foi referido ao longo deste documento, é neste período que se começam a formar os padrões de relacionamento e interação entre pais e filhos e também se solidifica a percepção parental sobre o filho. Esta percepção, embora já presente na gravidez e manifestada com descrições do significado atribuído aos movimentos fetais e/ou às imagens ecográficas, apenas é comprovada após o nascimento e com a observação e interpretação do comportamento do filho (Nugent, 2013; Nugent & Brazelton, 1989).

Em suma, compreendemos a importância do período neonatal para o desenvolvimento da criança e das relações familiares bem como a sua relevância como oportunidade de intervenção junto do sistema familiar.

3. AS TRANSIÇÕES EM ENFERMAGEM

O presente capítulo remete para as transições enquanto fenómeno de interesse para a disciplina de enfermagem, abordando-as à luz da teoria das transições de Meleis (Meleis, et al., 2000). A transição para a parentalidade será, neste contexto, abordada como transição desenvolvimental, enquadrada na teoria de enfermagem de médio alcance de Meleis e naquelas de Mercer e Rubin (na vertente da mulher) (Mercer, 2004), embora sem esquecer que esta pode ser vivenciada no feminino e no masculino. As opções tomadas relativamente a este enquadramento teórico sobre a transição para a parentalidade sustentam-se no facto de estas serem as teóricas de enfermagem de referência (quer para a prática clínica quer para a investigação) para os enfermeiros que prestam cuidados aos pais neste momento de transição (e.g., Cabrera, 2018).

Entendemos, portanto, que o ser humano, na sua constante relação com o meio, experiencia processos de transição ao longo do ciclo de vida resultantes de ajuste e adaptação às novas realidades. O interesse dos enfermeiros pelos processos de transição surge da sua prestação de cuidados aos indivíduos e suas famílias (Meleis, et al., 2000). As consequências dos referidos processos na saúde e a possibilidade de orientar as intervenções dos profissionais para uma transição saudável (Meleis, et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994) caracterizam também as transições como objeto de investigação da disciplina de enfermagem.

Importa elucidar que transição é diferente de mudança (Meleis, 2019; Meleis & Trangenstein, 2010). Nesta lógica, o conceito de mudança faz referência à substituição de alguma coisa por outra, com tendência a ser repentina e/ou limitada no tempo e caracterizando-se por processos externos (Meleis & Trangenstein, 2010). Já o conceito de transição que assumimos refere-se a eventos, experiências e respostas que (de)ocorrem ao longo do tempo, caracterizando-se por processos internos (Meleis & Trangenstein, 2010). Meleis (2019) ressalva que durante as transições se experienciam emoções, sensações e contextos desconhecidos e se é confrontado com incertezas, expectativas e

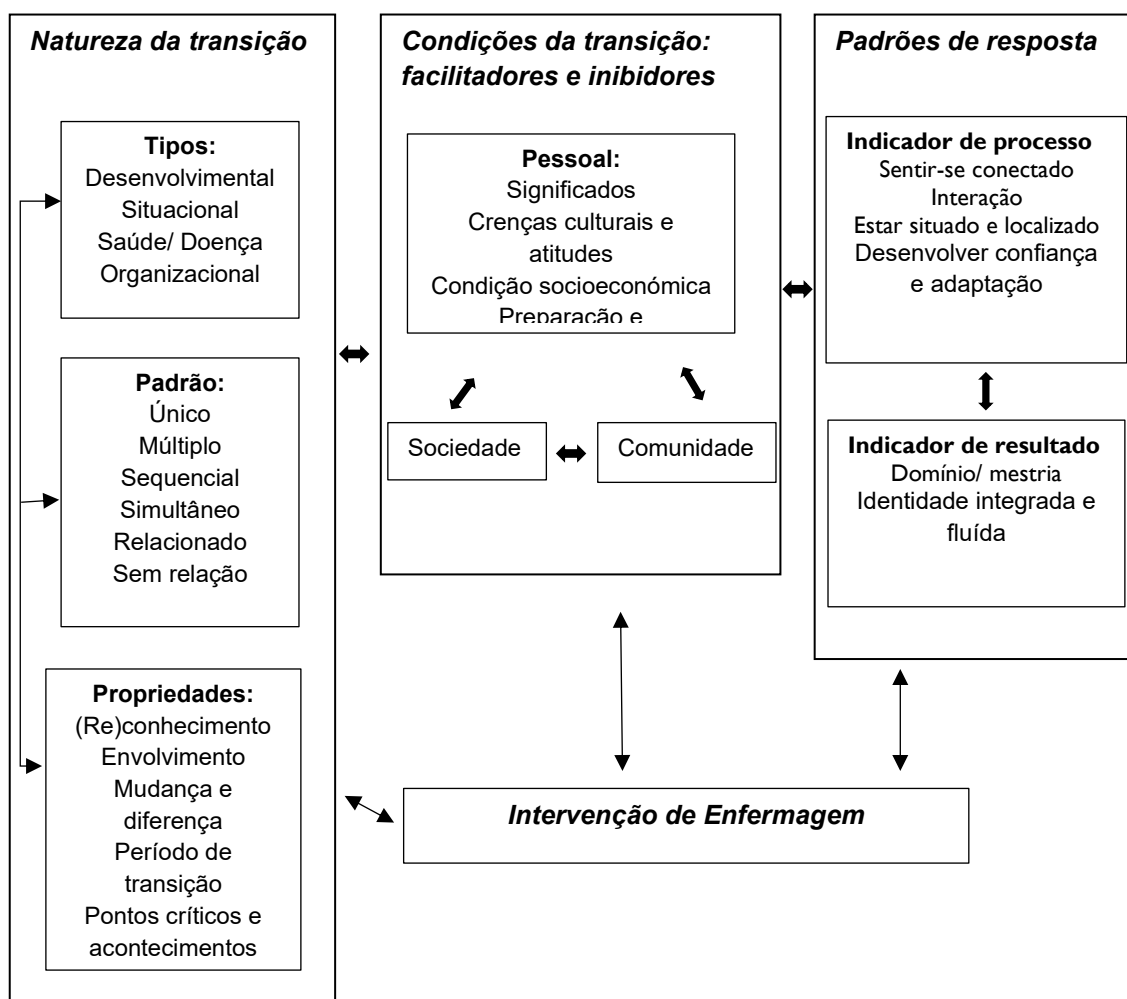
perturbações na realidade habitual – tudo fatores que condicionarão o bem-estar e saúde da pessoa. A mesma autora elucida que a forma como se percebe a mudança, o seu significado e o apoio disponível neste processo vai influenciar a transição. Deste modo, ao conceito de transição surge associada uma mudança de desenvolvimento, de circunstância ou do estado de saúde/ doença, correspondendo a períodos de instabilidade que ocorrem entre momentos de estabilidade (e.g., Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Só quando a pessoa reconhece que alguma coisa mudou na sua vida ou no seu estado de saúde e for capaz de se empenhar em procurar informação e apoio, em identificar o que mudou e em encontrar novas formas de estar/ viver, aceitando as suas novas circunstâncias é que o processo de transição decorrerá (Kralik, et al., 2006; Meleis & Trangenstein, 2010). Como vários fatores interferem com os processos de transição (e.g., Kralik, et al., 2006; Meleis, et al., 2000), o tempo em que ela decorre, a forma como se desenvolve e os ajustamentos do indivíduo traduzem esse processo (Kralik, et al., 2006). A revisão de literatura de Kralik, et al. (2006) esclarece a falta de consenso entre os investigadores sobre a dinâmica dos processos de transição: enquanto que para uns se trata de um processo linear, para outros pode ser cíclico, ou com avanços e recuos. A Figura 3. ilustra a Teoria das Transições e os conceitos explanados anteriormente, segundo Meleis.

Na descrição das transições segundo a sua natureza, as do tipo desenvolvimental dizem respeito aos diferentes domínios do desenvolvimento (físico, cognitivo, psicossocial), bem como, a eventos imprevisíveis e mudanças que influenciarão a saúde e bem-estar da pessoa (e.g., Hattar-Pollara, 2010). A investigação em enfermagem foi-se preocupando com as transições desenvolvimentais dos adultos, oferecendo um enquadramento teórico que delineasse a natureza e tipo de transições e as articulasse com a prática de enfermagem (Hattar-Pollara, 2010; Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Em suma, as transições referem-se à interação entre a pessoa e o meio, traduzindo um percurso cujo final reflete as alterações que (de)ocorreram (e.g., Chick & Meleis, 1986). Não descreve apenas a mudança nem representa o regresso às circunstâncias pré-existentes, mas sim o processo pelo qual as

peças incorporam a mudança ou rutura (com a realidade anterior) nas suas vidas e reconstróem a sua identidade (ou sentido de si) (Kralik, et al., 2006).

Figura 3.

Teoria das transições



Nota: adaptado de Meleis, et al., 2000 (p. 17)

Meleis & Trangenstein (2010) argumentam que a enfermagem pode ter uma perspectiva única sobre a facilitação das transições, pois foca-se na promoção da saúde e sentido de bem-estar ao longo desse processo. Considerando as intervenções de enfermagem e como podem ser centradas na prevenção de transições não-saudáveis, na promoção do bem-estar e na gestão do processo de transição, os enfermeiros devem preocupar-se com as características de uma transição saudável. Estas poderão ser o bem-estar emocional, mestria,

transformação pessoal, entre outros (Kralik, et al., 2006; Meleis & Trangenstein, 2010). As transições saudáveis parecem estar associadas às relações interpessoais, sendo que os indivíduos com maior suporte de outros aparentam gerir com mais facilidade os processos de transição (Kralik, et al., 2006). Reportando-nos à característica relacional da ação do enfermeiro e considerando a importância das relações interpessoais como apoio para uma transição saudável, entendemos que enquadrar a intervenção de enfermagem na Teoria das transições ganha sentido. Alguns exemplos desses estudos são os de Ramona Mercer sobre a transição para a maternidade, que deram continuidade aos de Reva Rubin.

O nascimento de um filho representa uma das transições do ciclo de vida que implica um desequilíbrio por mudança na identidade e no papel da mulher e do homem, levando a um reajustamento e redefinição dos papéis e das relações familiares (Canavarro & Pedrosa, 2005; Cardoso, 2011; Soares, 2008). Compreende-se que o processo de transição para a parentalidade é influenciado, e influencia igualmente, a relação pais-filhos. Enquanto o recém-nascido desperta nos pais os cuidados que lhe fornecerão conforto e segurança, os pais respondem às características individuais e às necessidades do seu filho, dirigindo a prestação de cuidados (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Embora com maior frequência se estude a transição para a maternidade, a investigação também se tem focado na transição para a paternidade (e.g., Draper, 2003; Hattar-Pollara, 2010; Nyström & Öhrling, 2004). Reconhecemos que existem estudos que as abordam separadamente e cujo contributo tem demonstrado como homens e mulheres vivenciam estes processos distintamente (e.g., Deave, et al., 2008; Lopes, et al., 2010; Lutz, et al., 2009; Nyström & Öhrling, 2004). São exemplos os estudos de Sandra Ferketich e Ramona Mercer que exploraram preditores da vinculação pai-filho e de desempenho do papel paternal no pós-parto imediato, ao 1º, 4º e 8º mês de vida do bebé em homens que foram pais pela primeira vez e outros com mais de um filho. Os seus resultados não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos, contudo a ligação ao feto, a depressão e a ansiedade associada ao risco

da gravidez constituíram preditores da ligação pai-filho (Ferketich & Mercer, 1995a, 1995b). Ou seja, quanto maior a ansiedade ou sentimentos depressivos, menor a percepção de competência paternal. Outra das suas conclusões revelou a percepção dos homens sobre a família (relação com a mulher e rede de suporte) e sobre o seu desempenho no cuidar do filho como preditores do papel de pai (Ferketich & Mercer, 1995b). No contexto nacional, destacamos o estudo de Cardoso (2011) do qual emergiu o instrumento I_ACP (Instrumento de Avaliação das Competências Parentais) que contempla a avaliação dessas competências parentais (na mulher e no homem) em cinco momentos (gravidez; 1^a/ 2^a semana; 1^o/ 2^o mês; 3^o/ 4^o mês e 5^o/ 6^o mês) e cujos resultados mostraram que a transição para a parentalidade é vivenciada de forma distinta pela mãe e pelo pai, nomeadamente no que ao exercício do papel e da integração das competências parentais diz respeito. Este trabalho sugere que o nascimento do bebé constitui para os homens um “evento crítico” (Cardoso, 2011, p. 241) pela correlação entre a colaboração nos cuidados ao filho e a aprendizagem desse “fazer” com a mãe com o nível de desempenho nas habilidades e na proximidade das suas médias nessas habilidades com as médias reveladas pelas mães depois do nascimento do bebé. Sugere, portanto, que, embora a mãe pareça estar mais envolvida na preparação para e no exercício do seu papel, o pai quer e está cada vez mais envolvido nos cuidados ao seu filho, representando também um apoio importante para a mulher durante o processo de transição para a parentalidade (a sua e a da mãe). Alguns dos resultados do estudo de Cardoso (2011) e de Ferketich & Mercer (1995a, 1995b) vão de encontro a outros semelhantes que encontramos noutra literatura (e.g., Koh, et al., 2014; Lutz, et al., 2009; Pollock, et al., 2005).

Considerando o âmbito deste trabalho, abordamos a transição para a parentalidade à luz das teorias de enfermagem que a assumem como uma transição desenvolvimental, sem nos debruçarmos na transição para a paternidade especificamente. Todavia, estamos cientes que a vivência do papel de pai e a transição para a paternidade, embora possam igualmente ter aspetos em comum com aquelas relativas à mulher, apresentam as suas especificidades (e.g., Draper, 2003; Habib, 2012), como já referimos. No que ao enquadramento teórico da transição para a parentalidade diz respeito, ao longo do restante

capítulo, expomos as teorias de Rubin e de Mercer por serem uma referência para a disciplina de enfermagem.

A teoria de Rubin (1967) descreve a transição para a maternidade em fases distintas que se iniciam na gravidez: replicação, fantasia e diferenciação (citado em Graça, et al., 2011; Mercer, 2004). A primeira descreve a procura de informação, a observação daqueles que a mulher considera serem modelos para si e a “encenação” do papel de mãe; a segunda refere-se às idealizações da mulher enquanto mãe e a última descreve a fase que precede o atingimento da identidade materna da mulher, momento em que ela abandona os comportamentos dos seus modelos, que não foi capaz de projetar no seu ideal de mãe, e vai construindo, desta forma, o seu sentido de si enquanto mãe durante a gravidez e o pós-parto. Todas estas fases são acompanhadas de “luto” pelos aspetos da sua vida e pelos papéis que abandonou por não se compatibilizarem com o exercício de papel de mãe daquele filho (Mercer, 2004).

Mercer desenvolve a sua teoria de consecução do papel maternal, descrevendo-a em quatro fases. A *fase antecipatória* decorre antes do nascimento e corresponde aos ajustamentos psicossociais para o papel maternal. Nesta fase desenvolvem-se as expectativas em relação ao desempenho do papel parental, em relação ao filho (bebé imaginário) e ao momento do parto (Cardoso, 2011; Graça, et al., 2011; Mercer, 2004). Consolida-se a ligação ao feto, ao qual os pais já se referem como filho (Cardoso, 2011; Graça, et al., 2011). A *fase formal* inicia-se com o nascimento da criança e é quando a mulher identifica a singularidade do seu filho e aprende a cuidar dele. Habitualmente, orienta-se no desempenho do papel maternal através de fontes formais, como os profissionais de saúde, copiando os seus comportamentos e seguindo as suas orientações (Cardoso, 2011; Graça, et al., 2011; Mercer, 2004). Na *fase informal* a mulher recorre ao seu juízo crítico para exercer o papel de mãe; progressivamente vai desenvolvendo a sua forma de lidar com o novo papel, deixando de seguir rigorosamente as orientações dos outros e interiorizando a sua perspetiva do “ser mãe” (Cardoso, 2011; Graça, et al., 2011; Mercer, 2004). A *fase de identidade pessoal ou materna* caracteriza-se pelos sentimentos de confiança,

harmonia e satisfação com o papel de mãe e pela consolidação da ligação mãe-filho. A mulher assume-se como mãe perante os outros à medida que a redefinição de si própria se traduz na sua identidade como mãe (Cardoso, 2011; Graça, et al., 2011; Mercer, 2004). Este processo de transição, como Mercer também esclarece, é influenciado por diversos fatores que, para além de interferirem no desenvolvimento da identidade materna e consecução do papel maternal, também influenciam a duração da transição (Mercer, 2004; Noseff, 2014). Desses fatores, destacam-se as características da mãe e do bebé, condições socioeconómicas, a experiência do parto, a separação mãe-filho e aspetos relacionais da família (Mercer, 2004; Noseff, 2014).

A teoria de Mercer tem sido largamente utilizada na prática de enfermagem e, embora complexa por todos os fatores que a influenciam, a sua aplicação é considerada útil e fácil (Cabrera, 2018; Hattar-Pollara, 2010; Husmillo, 2013; Noseff, 2014; Nyström & Öhring, 2004; Schumacher & Meleis, 1994). O seu contributo no período pós-natal tem sido suportado por estudos quantitativos e qualitativos (Mercer, 2004). Terá sido esta investigação que incitou a autora a rever a terminologia da sua teoria. Assim, Mercer (2004) considerou que falar em consecução de papel maternal poderia não ser suficientemente elucidativo de todo o processo de transição para o papel de mãe, nomeadamente ao se refere à transformação e evolução da redefinição da identidade da mulher, assumindo que os desafios desenvolvimentais da criança e as circunstâncias de vida podem desestabilizar a competência e confiança da mãe. Passou a adotar a terminologia “tornar-se mãe” com o intuito de esclarecer sobre o início do processo de transformação e contínuo crescimento da identidade materna. Ao rever a sua teoria, a autora reviu igualmente as fases que considerou constituírem o processo de tornar-se mãe, esclarecendo que as mesmas se podem sobrepor e que o período em que a mulher as atinge pode variar consoante as condicionantes maternas, da criança e/ou sociais. A *gravidez* é quando a mãe assume a responsabilidade pelo seu bebé, antecipando e preparando-se para o nascimento. Mercer (2004) realça que o envolvimento da mãe nesta fase está associado a uma adaptação positiva à maternidade. Segue-se o conhecimento e aprendizagem sobre o seu bebé e a recuperação pós-parto

nas primeiras seis semanas *após o nascimento*. A mulher despende muito tempo a conhecer o seu recém-nascido, procurando características familiares e identificando as suas respostas aos estímulos externos, ensaiando por tentativa-erro confortar e cuidar do seu filho. O *novo normal* ocorre entre as duas semanas e os quatro meses de vida, quando o bebé passa a fazer parte das rotinas familiares e engloba o reajustamento dos relacionamentos da mulher. Caracteriza-se por uma reestruturação cognitiva, onde a confiança no desempenho do papel vai evoluindo à medida que o conhecimento e a ligação mãe-filho vão crescendo. *Atingir a identidade materna*, que pode acontecer pelos quatro meses de vida do bebé, significa que a mulher está confiante nas suas competências para cuidar do seu filho, sentindo-se igualmente satisfeita e vinculada ao bebé. O seu ajustamento à sua nova realidade está estabilizado e a mulher interioriza a sua nova identidade, assumindo a responsabilidade pelo seu filho e pelo seu futuro (Husmillo, 2013; Mercer, 2004).

Ferramentas teóricas como a teoria de Mercer suportam a intervenção dos enfermeiros e permitem-lhes sustentar as suas práticas, dando visibilidade à relevância do seu papel profissional.

3.1. A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE COMO FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM

Frequentemente são os enfermeiros os profissionais de saúde na primeira linha dos cuidados aos indivíduos que experienciam transições em saúde/ doença (e.g., Meleis, 2019; Meleis, et al., 2000). Meleis & Trangenstein (2010) defendem que os enfermeiros devem procurar facilitar e ajudar as pessoas ao longo dos processos de transição, argumentando que não se trata de impor à disciplina de enfermagem este foco de atenção, mas sim que as práticas dos profissionais e as necessidades dos indivíduos por si só já refletem as transições como esse foco de atenção. Também a possibilidade de orientar as intervenções dos profissionais nestes momentos de vulnerabilidade, promovendo as capacidades individuais de resposta às novas circunstâncias de vida, caracterizam as

transições em saúde como objeto de investigação da disciplina de enfermagem (Meleis, et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994). Kralik, et al. (2006) na sua revisão da literatura, perceberam que os estudos mostram que os profissionais de saúde estão melhor preparados para apoiar os indivíduos ao longo dos seus processos de adaptação às novas circunstâncias se compreenderem os fatores que influenciam as transições, implementarem intervenções de enfermagem e/ou desenvolverem ferramentas que os auxiliem a compreender esses processos de transição.

Quando falamos em transição para a parentalidade assumimos que as características dos pais, as características do recém-nascido, as relações conjugais e familiares e as circunstâncias laborais e socioeconómicas e/ou os cuidados de saúde, têm um papel importante na construção da identidade parental, elucidando sobre este processo de transição (e.g., Canavarro & Pedrosa, 2005; Cardoso, 2011; Martins, et al., 2014; Meleis, et al., 2000; Soares, 2008). Percebemos que as alterações que a gravidez e o nascimento de um filho provocam, implicam um ajustamento da mulher e do homem, individualmente e enquanto casal, podendo causar ansiedade e conflitos. A sua transição para a parentalidade e conseqüente capacidade de adaptação ao novo papel dependem de experiências anteriores e da sua estabilidade emocional (Swendsen, et al., 1978). As pessoas são influenciadas pela preparação para as alterações futuras decorrentes das mudanças das circunstâncias de vida (Meleis, 2019). O acompanhamento em cuidados de saúde ao longo de todo o processo de transição, com implementação de estratégias, facilitação de recursos e apoio, e promoção de competências e conhecimentos será fulcral para o processo saudável de aquisição de novos papéis (Meleis, 2019).

Os enfermeiros adotam estratégias de ensino com o intuito de promover a confiança e competência dos pais e futuros pais. Contudo, nem sempre transmitir conhecimento é o mais importante para promover este processo de transição para a parentalidade: possibilitar a partilha de sentimentos e preocupações bem como de explorar o exercício de papel de mãe/ pai é igualmente determinante (e.g., Swendsen, et al., 1978). O *papel* é entendido como um conjunto de

comportamentos e sentimentos expectáveis ou efetivos demonstrados na ação e que se desenvolve como resultado de uma relação, ou seja, só se pode ser pai se houver um filho (Swendsen, et al., 1978). Como vimos na Introdução, neste estudo recorreremos à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2019 para as seguintes definições (International Council of Nurses, 2020):

- Papel Parental: Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente. (p. 95)
- Parentalidade: Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (p. 96)

O impacto na saúde e no desenvolvimento em geral da mulher, do homem e da criança que o processo de transição para a parentalidade acarreta justifica a sua relevância como objeto de estudo da enfermagem (Cardoso, 2011; Meleis, et al., 2000; Nyström & Öhrling, 2004; Soares, 2008). Diversos são os estudos que procuram entender o impacto das intervenções de enfermagem sobre o processo de transição para a parentalidade (e.g., Cardoso & Marín, 2018; Graça, et al., 2011; Soares, 2008; Mercer, 2004; Swendsen, et al., 1978; Noseff, 2014; Halle, et al., 2008). Paralelamente ao processo de transição, presenciamos as mudanças nas necessidades de saúde dos indivíduos e, enquanto enfermeiros, somos obrigados a ajustar-nos a esta nova realidade (e.g., Cardoso, 2011; Soares, 2008). Na área da saúde infantil, verificamos uma preocupação dos pais

que vai para além das questões comuns de saúde e doença, surgindo um interesse nas vertentes do desenvolvimento infantil, da afetividade e do relacionamento familiar (e.g., Cardoso, 2011; Soares, 2008; Sparrow, 2018). A abordagem Touchpoints, como vimos no capítulo 1. Deste trabalho, assume o desenvolvimento infantil como descontínuo e que a desorganização da criança gera desorganização e stress parental. Nessa lógica, o seu foco não é nas questões tradicionais sobre saúde/ doença e crescimento, mas sim no comportamento, relações e afetividade.

Deste modo, enquadrar a ação de enfermagem na transição para a parentalidade com base nas teorias de enfermagem já expostas e noutras (como a abordagem Touchpoints) que reconhecem o período neonatal como uma fase preponderante para o desenvolvimento do sistema familiar (e.g., Nugent, 2013), contribuem para o seu impacto positivo junto dos pais e crianças. Nugent e Brazelton (1989) descrevem o período neonatal como o momento de intervenção por excelência, reconhecendo o rápido desenvolvimento cerebral do recém-nascido e a construção dos primeiros alicerces como família. Será neste desenvolvimento como família que os pais vão consolidando a sua perceção do comportamento infantil, fornecendo informações aos profissionais que permitirão identificar possíveis dificuldades na interação pais-filho (Nugent, 2013; Nugent & Brazelton, 1989).

Assim, a abordagem Touchpoints, que se centra numa perspetiva relacional e centrada na família, valoriza o bebé enquanto ser social, os pais como peritos e os profissionais como um suporte e parceiros da família (Sparrow, 2013). O conceito de “touchpoints” é entendido como momentos previsíveis do desenvolvimento da criança (Brandt & Murphy, 2010; Sparrow, 2014) que constituem igualmente ferramentas de aproximação dos profissionais aos pais. Criam-se nesses momentos oportunidades de promover o desenvolvimento infantil e as ligações familiares e solidificar a relação pais-profissionais (e.g., Sparrow, 2014). Destaca-se a importância do “touchpoint” do recém-nascido enquanto paradigma desta abordagem, embora os seus constituintes

transcendam a dimensão temporal do período neonatal e digam respeito ao todo do desenvolvimento da criança, como expressamos ao longo deste documento.

Ciente destes contributos, a disciplina de enfermagem tem explorado esta abordagem na sua prática clínica assumindo que o seu foco nas relações pais-filhos e pais-profissionais acarretam conhecimentos valiosos para os cuidados prestados à família, nomeadamente que ferramentas o profissional poderá utilizar no período neonatal para promover o desenvolvimento infantil e as competências parentais (e.g., Nugent, 2013; Soares, 2016; Sparrow, 2013). Para além disso, a utilização desta abordagem na prática clínica dos enfermeiros acarreta a aquisição e/ou consolidação de conhecimentos teóricos e práticos. Como também é abordado noutros capítulos deste trabalho.

Percebemos, com o exposto neste capítulo, que a transição para a parentalidade é um evento relevante na vida da mulher e do homem e que influencia a relação com o filho e o desenvolvimento do bebé. Compreende-se, portanto, a importância da intervenção dos profissionais nos primeiros dias de vida com vista à promoção de uma transição saudável.

4. A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A qualidade dos cuidados de enfermagem prende-se com a constante procura do melhor desempenho e pode ser entendida como a forma de estar, de interagir e de atuar dos intervenientes (Delgado, 2004 citado em Abreu, 2007), estando intimamente ligada à formação dos profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2012). O Conselho Internacional de Enfermagem e seus parceiros (2008) ressaltam que o desenvolvimento profissional e a formação aumentam a confiança e satisfação dos profissionais de saúde no seu desempenho e, ainda, que podem representar maior reconhecimento do valor profissional e conseqüente valor salarial. Com base nestes aspetos, neste capítulo descreveremos os processos de formação dos enfermeiros e como são relevantes para a sustentar a prática clínica, nomeadamente nos cuidados prestados ao recém-nascido e sua família.

A aprendizagem na área de enfermagem está aliada às necessidades de cuidados de saúde dos indivíduos. As alterações sociais e científicas geram modificações na saúde da população e, conseqüentemente, exigem dos enfermeiros aperfeiçoamento das suas competências e qualificações através do seu desenvolvimento profissional (e.g., Abreu, 2007; Gonçalves, 2012). Justifica-se desta forma a necessidade de formar os profissionais em exercício para que a qualidade dos cuidados prestados seja assegurada (e.g., Alves, 2014; Bastos, 2014). Considera-se, pois, que a formação inicial por si só não será suficiente para assegurar um adequado desempenho das funções do enfermeiro ao longo de toda a sua vida profissional (e.g., Alves, 2014; Bastos, 2014; Kowitlawakul, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2012). Se não, vejamos: tendo em conta que o profissional de enfermagem cuida de indivíduos, inseridos numa sociedade, com necessidades específicas em saúde, e que tanto a pessoa como a sociedade são mutáveis ao longo do tempo, é inevitável que se exija do enfermeiro uma consciência destes aspetos e que procure estratégias de desenvolvimento profissional com vista à melhor prestação de cuidados (e.g., Alves, 2014; Bastos, 2014; Gonçalves, 2012). Acresce, ainda, a especificidade da área da saúde onde os avanços científicos e tecnológicos conduzem a uma atualização quase

constante de conhecimentos, sendo imperativo que os enfermeiros deles se apropriem para assegurar a qualidade dos cuidados (e.g., Alves, 2014; Bastos, 2014; Gonçalves, 2012; Page, et al., 2020). A própria Ordem dos Enfermeiros define como competência do enfermeiro de cuidados gerais (do domínio do desenvolvimento profissional) desenvolver processos de formação contínua, descrevendo-a como uma atitude reflexiva sobre as práticas, identificando as suas necessidades de formação e assumindo a responsabilidade da sua própria aprendizagem com o fim de prestar cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

4.1. A FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA

A formação ao longo da vida representa, neste contexto, um aspeto central para o profissionalismo (Davis, et al., 2014). Exemplos como o relatório Delors da UNESCO dão-lhe reconhecimento, valorizando o seu papel na sociedade e nas pessoas e suportam reformas e reorganizações educativas (Delors, et al., 1996; Singh, 2015). Acentua-se, assim, uma correlação entre os métodos formais e informais de aprendizagem, bem como, entre contextos como o trabalho e a vida pessoal (Singh, 2015). Inclusivamente, tem sido defendido que as instituições de ensino devem formar os enfermeiros motivando-os para a vontade de aprender e para que desenvolvam competências para a formação ao longo da vida (e.g., Gopee, 2001).

A formação ao longo da vida distingue-se de terminologias como a formação contínua, formação de adultos, entre outras (Davis, et al., 2014; Gopee, 2001; Singh, 2015) essencialmente por se caracterizar como um processo dinâmico, onde a aprendizagem decorre formal e informalmente (Davis, et al., 2014), com foco nas escolhas e necessidades de aprendizagem do formando. Gopee (2005), por exemplo, esclarece que formação contínua se refere à formação em contextos formais (instituições de ensino), aliada à formação não-formal (como a formação em serviço ou cursos não conferentes de grau), enquanto que a formação ao longo da vida engloba as duas anteriores e a formação informal (no

local de trabalho, integrado numa equipa de trabalho e vivência de eventos que exigem rápida mobilização de conhecimentos e competências e uma resposta pronta e fundamentada). Dave (1976), argumentou que a formação ao longo da vida engloba a formação formal, não-formal e informal em três áreas principais: pessoal, social e profissional (citado em Gopee, 2005).

Entendemos, desta forma, que a formação ao longo da vida estimula e empodera o indivíduo a adquirir conhecimentos e competências, por meio do pensamento crítico e aprendizagem focada no problema, exigindo-lhe que questione e procure respostas, demonstrando vontade em aprender sem esquecer a natureza dinâmica do conhecimento (Davis, et al., 2014; Fights, 2012). Assume-se, ainda, como um processo necessário que faz a diferença quando falamos em conhecimento e prática de enfermagem, onde o crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal ocorre e decorre (Alves, 2014; Davis, et al., 2014; Fights, 2012; Pinheiro, et al., 2014). Pode, ainda, representar uma estratégia eficiente na prestação de cuidados se os objetivos pessoais (e/ou profissionais) e organizacionais (das instituições de saúde) forem comuns e ambos os agentes reconhecerem como a formação ao longo da vida se traduz no desenvolvimento de competências necessárias à prestação de cuidados eficientes (Davis, et al., 2014; Gopee, 2002; Fights, 2012; Pinheiro, et al., 2014). Gopee (2005, 2011) defende que fatores pessoais, sociopolíticos e organizacionais podem fomentar e impulsionar a formação ao longo da vida. O mesmo autor na sua investigação sobre as perceções de enfermeiros acerca da formação ao longo da vida, demonstra, como também já afirmamos anteriormente, que os fatores que a constituem se relacionam entre si e que essas interligações devem ser consideradas pelos vários agentes. Por exemplo, os departamentos de formação das instituições de saúde devem considerar não só as necessidades dos serviços, mas também aquelas dos profissionais, articulando-se com as instituições de ensino, tal como as organizações devem permitir que os seus profissionais conferenciem e se articulem com colegas de outras instituições. De igual modo, as equipas de enfermagem, principalmente os seus líderes/ chefias, devem refletir sobre as práticas, sugerindo a sua revisão e/ou estratégias para

colmatar necessidades sentidas. Reconhecer que os indivíduos estão em constante aprendizagem é, então, fulcral para que cada enfermeiro entenda os processos de formação, utilize a prática reflexiva e se interrogue sobre as suas necessidades de formação, procurando colmatá-las a título pessoal ou organizacional.

Por conseguinte, é defendido que os estudantes de licenciatura devem ser preparados para a formação ao longo da vida, implicando que a formação inicial os oriente em estratégias de prática reflexiva que permita questionar o quotidiano dos cuidados, se sustente na prática baseada na evidência e estimule a procura de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências (Gopee, 2005). Nesta linha de argumentos, encara-se a evolução dos enfermeiros de principiantes a proficientes interligada ao desenvolvimento profissional, e não meramente ao tempo de experiência em si (Benner, 2001; Gopee, 2005), pelo que a formação ao longo da vida toma aqui um papel primordial na manutenção de elevados níveis de qualidade na prestação de cuidados (Gopee, 2005). Segundo alguns autores, torna-se importante avaliar as competências adquiridas nestes contextos informais. Perceber como e o que sabem os enfermeiros, para além dos seus diplomas, é fulcral se quisermos de facto compreender a abrangência do seu conhecimento e das suas competências (Gopee, 2001; Singh, 2015). A autoavaliação é, nesta perspetiva, encarada como uma estratégia para o autoconhecimento, para o desenvolvimento da reflexividade e para o desempenho do profissional (Gopee, 2000).

Não conseguiremos, portanto, dissociar a qualidade de cuidados da formação, cientes, contudo, de que formação e aprendizagem são conceitos distintos. Independentemente do tipo de formação, a aprendizagem só poderá ter lugar se houver mudança de comportamentos (e.g., (Gonçalves, 2012)). Quando falamos de desenvolvimento ou aquisição de competências, decorrentes da reflexão na/ sobre a prática e consequente ajuste de comportamentos/ ações, percebemos que não se dissocia do contexto, ou seja, não nos referimos apenas ao desempenho (saber agir) mas sim à forma como ele ocorre naquele contexto

(Abreu, 2001). Nesse sentido, competência é encarada como a demonstração dos saberes fundamentados nos conhecimentos teóricos e nas experiências pessoais e profissionais, permitindo compreender o processo de interação entre os saberes e o trabalho em si (Abreu, 2001; Guimarães, 2000). Aliada ao papel do contexto de trabalho no desenvolvimento de competências, também a noção de si tem sido apontada por outros autores como interveniente neste processo (e.g., Abreu, 2001). A construção da identidade do enfermeiro é fruto das experiências (sociais, organizacionais, individuais, entre outras) e é através delas que o profissional desenvolve as suas competências. Uma imagem positiva de si que assente na confiança, autoestima e capacidade de lidar com o insucesso potencia a aquisição de competências. Estes indivíduos têm mais facilidade em arriscar e são mais motivados. Contudo, esta imagem positiva não se origina apenas em aspetos da personalidade de cada um, são igualmente impulsionados pelo meio onde nos inserimos (Abreu, 2001). Assim sendo, assume-se que existem fatores que podem influenciar negativamente o processo de formação e aprendizagem, tais como: baixa autoconfiança e autoestima, condicionantes familiares, condições financeiras, noção de pouco reconhecimento da formação realizada, falta incentivos (por exemplo, das chefias ou organizações) e falta de tempo (Gopee, 2002).

4.2. TIPOS DE FORMAÇÃO

Após a conclusão da licenciatura e com a atividade profissional é frequente os enfermeiros sentirem necessidade de atualizar os seus conhecimentos e práticas (Alves, 2014; Kowitlawakul, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2012). O que os motiva pode estar relacionado com a satisfação profissional, a aquisição de conhecimentos e/ou a progressão na carreira (e.g., Alves, 2014; Frederico-Ferreira & Loureiro, 2013; Peña & Castillo, 2006). Percebemos desde logo a intencionalidade do profissional em direcionar a sua aprendizagem, ou seja, mediante as suas motivações e expectativas o estudante adulto procura uma formação que lhe permita adquirir os conhecimentos e competências que ele

identificou como necessárias para dar resposta ao seu objetivo/ necessidade de aprendizagem (e.g., Duarte, 2000). Voltamos, de certa forma, ao domínio do desenvolvimento profissional e do autodesenvolvimento. Na procura da formação, o enfermeiro acompanha-se de toda a sua experiência profissional, expressa nos seus saberes (saber-ser, saber-fazer, saber-estar), na sua integração numa equipa de saúde (de pares e multidisciplinar), na sua experiência institucional e nas suas características pessoais (e.g., Tojal, 2011). Munido da sua atitude reflexiva, busca estratégias para dar resposta aos problemas que surgem no seu quotidiano profissional, com vista ao aperfeiçoamento de competências e autossatisfação (Bastos, 2014; Davis, et al., 2014; Tojal, 2011). Espera-se que no final do processo formativo, para além da aquisição de conhecimentos (teóricos e práticos), se identifiquem mudanças de comportamentos e modo de pensar do formando, para a partir desse momento falarmos em aprendizagem (Bastos, 2014; Tojal, 2011). Em suma, percebemos que a formação deve ser vista como a construção de um profissional curioso e inquieto que procure o seu autodesenvolvimento, ou seja, alguém que no desempenho das suas funções questiona as suas práticas e identifica nas necessidades de saúde dos indivíduos e nas suas condições de trabalho os motivos para o aperfeiçoamento das suas competências, motivando-se e mobilizando-se para o seu percurso de aprendizagem através de estratégias formativas (Davis, et al., 2014; Gonçalves, 2012). Espera-se, portanto, que a formação em enfermagem seja focada e centrada no estudante (Silva & Silva, 2004) assim como a disciplina de enfermagem é focada e centrada no indivíduo e nas suas necessidades. Contudo, após a conclusão das suas formações a impossibilidade de exercerem as novas competências no seu local de trabalho, por motivos organizacionais ou de liderança, é um aspeto referenciado como desmotivador para alguns enfermeiros e constitui uma das razões de insatisfação com a formação (e.g., Emmanuel, et al., 2020; Gopee, 2002; International Council of Nurses, 2008; Kamariannaki, et al., 2017; Taxtsoglou, et al., 2020).

Percebemos que para assegurar a satisfação plena com a aprendizagem, a formação deve suprir as necessidades formativas do indivíduo, mas satisfazer, igualmente, o cliente e as organizações (Bastos, 2014; Fights, 2012; International Council of Nurses et al., 2008). Só teremos profissionais mais competentes se estes puderem aplicar os seus conhecimentos ao seu contexto laboral. Posto isto, conclui-se que para a formação ser proveitosa o profissional deve adquirir novos conhecimentos que lhe permitirão demonstrar novas competências que satisfaçam as necessidades de saúde do cliente, integradas na filosofia da sua organização. Espera-se que as instituições de saúde reconheçam a qualificação dos seus profissionais e, ainda, que promovam a sua formação, quer esta seja formal, não-formal ou informal (Bastos, 2014; Tojal, 2011).

A formação formal está habitualmente focada na teoria, caracterizando-se por uma abordagem estruturada dos seus conteúdos, com objetivos claros, bem definidos dos quais o estudante tem conhecimento previamente ao ingresso (Abreu, 2001).

No âmbito deste tipo de formação, atualmente, após o processo de Bolonha, é possível ingressar em cursos nos três ciclos de ensino (e.g., Queiroz, et al., 2017). As pós-licenciaturas não conferem grau académico, mas conferem um título profissional que poderá possibilitar uma alteração/ progressão na carreira. Tal como estas, as pós-graduações não conferem grau académico enquanto os mestrados e doutoramentos o fazem. Espera-se das instituições de ensino que ministram estes cursos idoneidade formativa, sendo que o prestígio das instituições, paralelamente aos currículos dos cursos, têm sido apontados como principais motivos na escolha da oferta formativa no 2º e 3º ciclos de ensino em enfermagem (Alves, 2014; Frederico-Ferreira & Loureiro, 2013). Embora não seja objetivo deste trabalho refletir sobre o papel do professor enquanto formador, é relevante salientar que este deve ser comunicador e reconhecer a experiência do estudante, bem como, apresentar-se motivador, dinâmico, disponível e capaz de transmitir conhecimentos, exigindo-se dele capacidades pedagógicas inovadoras (e.g., Frederico-Ferreira & Loureiro, 2013). Acima de

tudo, a literatura tem-nos mostrado, como também já foi referido, que o regresso ao ensino superior se deve, não só às aspirações profissionais e pessoais, como também à necessidade de aperfeiçoamento de conhecimentos teóricos, técnico-científicos e de investigação (Alves, 2014; Frederico-Ferreira & Loureiro, 2013; Queiroz, et al., 2017). Se em tempos se verificava uma preferência dos enfermeiros a exercer funções em instituições de saúde pelos cursos com atribuição de título profissional e os enfermeiros da docência a preferirem os cursos com títulos académicos, hoje em dia percebemos que muitos profissionais ditos “da prática” têm optado pelo investimento em mestrados e doutoramentos, salientando o contributo que esses cursos trazem para a sua prestação de cuidados (Alves, 2014; Frederico-Ferreira & Loureiro, 2013; Queiroz, et al., 2017). A importância da investigação em enfermagem, principalmente a baseada no problema, é considerada pelos profissionais que a fazem e que a ela recorrem como determinante para a evolução da profissão (Alves, 2014; Tojal, 2011). Não só acresce conhecimento e assegura o quadro concetual da disciplina, como se debruça sobre os problemas relevantes para os enfermeiros, estimulando o pensamento reflexivo e a qualidade dos cuidados prestados (e.g., Alves, 2014). Torna-se, desta forma, impossível dissociar a formação da investigação. Estes argumentos sustentam alguma da justificação para os temas e amostras das dissertações e teses em enfermagem (Queiroz, et al., 2017).

Os cursos de pós-licenciatura em enfermagem e as pós-graduações constituem, por seu lado, ferramentas de formação que conferem conhecimentos e competências numa área específica do domínio da enfermagem. O Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem (SIECE) visa regular e desenvolver a profissão de enfermagem, alicerçando-se nas necessidades em saúde da população e no enquadramento conceptual da disciplina (Ordem dos Enfermeiros, 2009). A Ordem dos Enfermeiros considera ainda, que a certificação de competências clínicas disponibilizará cuidados de qualidade diferenciados à pessoa/ família prestados por enfermeiros especialistas, certificação essa que assegura o conhecimento e competências

que o enfermeiro mobiliza nessa prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Será de facto assim? Poderemos assumir que a certificação significa aprendizagem? Importa elucidar que as competências adquiridas em contexto formativo só se demonstrarão se forem aplicadas e desempenhadas no âmbito do exercício profissional (Correia, 1995 citado em Silva & Silva, 2004). Abreu (2001) ressalva, ainda, que o domínio de conhecimentos teóricos (muitas vezes provenientes destes contextos de formação formal) não assegurará por si só a qualidade dos cuidados e será imprescindível compreender o processo da sua exequibilidade no contexto de trabalho e a sua integração com saberes já adquiridos e outros saberes informais.

Refletimos sobre a formação formal, um tipo de formação que certifica competências e tem lugar em instituições de ensino. Contudo, a formação em enfermagem pode ocorrer e decorrer fora das instituições de ensino formal (Singh, 2015), como é o caso da formação não-formal. Um dos seus princípios reside na estimulação da prática reflexiva, que na perspetiva de Schön (1983), existe quando se reflete sobre ou se pensa especificamente na ação desenvolvida (citado em Hébert, 2015). Assim, aprender é entendido como resultado da análise e interpretação das ações, acarretando mudanças nas perspetivas e pensamentos do indivíduo, o que traduz o cariz pessoal e, conseqüentemente, subjetivo e contextual da aprendizagem (Abreu, 2007; Hébert, 2015).

Representam ferramentas de formação não-formal estratégias como práticas simuladas e/ou sessões teóricas (e.g., Duff, et al., 2014; Sade, et al., 2020) ou como conferências e/ou congressos (e.g., Blanchard, et al., 2016; Rimmer & Floyd, 2020). Estas procuram dar resposta a questões emergentes da prática, promovendo a reflexão numa estrutura menos rígida (comparativamente à formação formal) e que simultaneamente vá de encontro às necessidades formativas identificadas pelos enfermeiros (e.g., Peña & Castillo, 2006). Pretende também incentivar e contribuir para que os profissionais ao longo da sua carreira procurem manter-se atualizados no que aos conhecimentos teóricos

e práticos diz respeito (Duff, et al., 2014; Govranos & Newton, 2014; Sade, et al., 2020).

Processos como a formação em serviço (sessões teóricas ou práticas simuladas) são muitas vezes orientadas pelos enfermeiros-chefe (ou um elemento por si delegado) ou pelos Departamentos de Educação das organizações, (e.g., Bastos, 2014; Tojal, 2011). Procuram dar resposta às necessidades específicas dos serviços, dos indivíduos e das instituições, respondendo a problemas identificados no quotidiano da prestação de cuidados com vista ao bom desempenho profissional (Bastos, 2014; Gonçalves, 2012; Guimarães, 2000; Tojal, 2011). Traduzem-se em sessões de formação planeadas que procuram estimular o pensamento reflexivo (individual e em grupo) e que obtenham resultados visíveis na prestação de cuidados bem como o envolvimento de toda a equipa de enfermagem (Bastos, 2014; Guimarães, 2000; Sade, et al., 2020; Tojal, 2011). Porém, Guimarães (2000), alerta que nem sempre estas aprendizagens são problematizadas e podem apenas constituir somatórios de momentos formativos.

Outros exemplos de formação não-formal são os cursos não conferentes de grau académico, oferecidos por instituições ou organizações (e.g., Macedo, et al., 2019; Singh, 2015). Várias instituições poderão oferecer estes cursos, como as instituições de ensino superior, as de ensino profissional e outras, como a Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família. Essas formações podem possuir um plano curricular organizado em torno de uma abordagem ou modelo teórico (como o Curso Intensivo em Touchpoints) e ter uma organização teórica, prática ou teórico-prática.

A formação informal, por seu lado e tal como a formação não-formal, foca-se num tipo de formação emergente do contexto prático (e.g., Abreu, 2001). Por seu lado, diz respeito a momentos não assumidos como formações explícitas, onde os agentes não são reconhecidos como formadores nem se conhece o impacto educativo que essa ação poderá exercer (Abreu, 2001). São circunstâncias sem intencionalidade formativa que podem ter lugar no contexto laboral e levam os

indivíduos a refletir sobre as suas experiências profissionais (Abreu, 2001; Guimarães, 2000; Pinheiro, Macedo, & Costa, 2014). São exemplos a passagem de turno (e.g., Athanasakis, 2013), os processos de integração de novos elementos (e.g., Quek, et al., 2019; Walker & Norris, 2020), o trabalho em equipa e a prestação de cuidados propriamente dita (Guimarães, 2000; Pinheiro, et al., 2014). O local de trabalho assume-se como “um espaço de socialização profissional” (Guimarães, 2000, p. 1), onde os elementos integram e partilham valores, normas, regras, conhecimentos e assumem papéis sociais. Bahn (2001) salienta que o trabalho em equipa potencia a aprendizagem entre colegas, com a possibilidade de alguns elementos servirem de exemplo para os outros (citado em Gopee, 2002). Abreu (2001) reforça o papel do contexto de trabalho como determinante na construção da identidade do enfermeiro, realçando que pode constituir-se como um espaço de partilha de objetivos ou rivalidades motivadas por aspirações distintas e opostas. Neste processo, surgem ganhos, perdas e riscos que condicionam o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Este processo de aprendizagem através da formação informal acarreta um investimento que pode ter duas frentes: capital humano e capital social. Segundo Gopee (2002), o contributo de ambos deve ser reconhecido pelos indivíduos e pelas chefias/ lideranças, já que contribuíram largamente para um cuidado ao doente informado e fundamentado. Assim, por capital humano entende-se o investimento nos profissionais, quer dos chefes quer dos próprios indivíduos, enquanto que capital social se refere ao investimento das pessoas umas nas outras nos seus grupos sociais e profissionais, refletindo a sua dedicação em tempo e disponibilidade para ensinar, por exemplo. Espera-se, portanto, que à medida que os enfermeiros desenvolvem os seus conhecimentos e competências em conjunto, que a formação informal seja reconhecida pelas instituições e chefias e que se promova a reflexão na ação.

As competências adquiridas nestes contextos são complexas e em torno das práticas, todavia, nem sempre os indivíduos se apercebem das suas aprendizagens por estas decorrerem muitas vezes de forma pouco estruturada,

proveniente de momentos rotineiros da prática profissional (Abreu, 2001; Benner, 2001; Guimarães, 2000). As experiências profissionais originam aprendizagens distintas nos enfermeiros e o local de trabalho assume-se como gerador dessas aprendizagens através da gestão dos serviços, dos relacionamentos entre pessoas, da prestação de cuidados de enfermagem e manuseamento de materiais e equipamentos (Guimarães, 2000). Abreu (2001) ressalva a importância da formação informal para a construção da identidade como profissional e membro de uma equipa de trabalho, mas também como base que sustentará a prática de enfermagem, numa lógica de equilíbrio entre os conhecimentos teóricos e a sua aplicabilidade no contexto de exercício. A formação pode ser, neste sentido, entendida como um processo de aprendizagem que engloba a mobilização de saberes que sustentam o agir e pensar do enfermeiro (e.g., Abreu, 2001; Benner, 2011).

Também Benner (2001) salienta a relevância da perícia clínica para a qualidade dos cuidados de enfermagem, ressaltando que “são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem” (Benner, 2001, p. 31). Noutros termos, nem sempre aquilo que os enfermeiros fazem é passível de ser apresentado analítica ou teoricamente, mas a descrição das intenções, das previsões, dos significados e dos resultados que caracterizam a ação dos enfermeiros permite uma compreensão alargada da realidade e do verdadeiro contributo dessas ações no bem-estar do doente. A mesma autora, descreve a prática de enfermagem como complexa, abrangente e multidisciplinar e alerta que os enfermeiros se devem focar nos parâmetros objetivos da sua avaliação do doente e enquadrá-los na situação particular e individual da pessoa de quem cuidam (Benner, 2001, 2005).

Na sua aplicação do modelo de aquisição de competências de Dreyfus à enfermagem, demonstrou como o desenvolvimento de competências profissionais dos enfermeiros vai para além da aquisição e domínio de conhecimentos teóricos (Benner, 1982, 2001). Uma das mensagens deste modelo é a importância da experiência, não no sentido de tempo de exercício profissional, mas sim na integração do conhecimento prático adquirido através

das estratégias qualitativas de avaliação do contexto e da pessoa que os enfermeiros vão desenvolvendo e que lhes permite aperfeiçoar os seus cuidados e relações com os doentes e famílias (Benner, 2001, 2005). Desta forma, distinguimos o enfermeiro nos primeiros níveis (iniciado, iniciado avançado, competente) daquele nos últimos níveis (proficiente, perito) com base na capacidade de recorrer a experiências anteriores e na sua perceção e compreensão da situação como um todo e não como se cada um dos elementos que a constituem tivessem a mesma relevância (e.g., Benner, 1982, 2001). A perceção e a intuição são habilidades que se desenvolvem ao atingir os níveis proficiente e perito. Isto é, o enfermeiro perito desenvolve a capacidade de avaliar a realidade qualitativamente, adaptando os seus planos e estratégias à medida que o contexto se altera, sendo capaz de contornar (se e quando necessário) protocolos ou ações habituais, distinguindo os aspetos relevantes para a situação com que se depara (e.g., Benner, 2001, 2005). A sua capacidade de avaliar o estado clínico e o contexto da pessoa, permitem-lhe apropriar-se das necessidades do doente naquele momento em que lhe presta cuidados, tal como Benner (2005) salienta ao referir que estes enfermeiros ficam muito satisfeitos quando conseguem confortar ou contribuir para que os doentes sejam capazes de lidar/ aceitar a sua condição clínica. São, igualmente, profissionais que se mantêm atentos às circunstâncias (suas e dos doentes) e assumem o imperativo de aprender com a experiência, apropriando-se das mudanças decorrentes das transições dos contextos. Contudo, a autora alerta que nem todos os enfermeiros conseguirão atingir o nível de perito (Benner, 2001, 2005). Para aqueles que orientem a sua prática em métodos analíticos ou meramente racionais e revelem constrangimentos nas relações interpessoais, advêm dificuldades em atingir o nível de perito. Isto porque, em cada uma das situações com que se deparam, procuram estratégias objetivas, imutáveis para avaliar probabilidades, significados e resultados, traduzindo-se numa postura disciplinada e racional, mas distanciada do doente e das circunstâncias, o que impossibilita a aprendizagem pela experiência (Benner, 2005).

Percebemos, portanto, que vários autores defendem a relevância da formação informal para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros e da identidade de cada profissional. A aprendizagem através do trabalho tem, assim, um papel determinante na prestação de cuidados.

Em suma, pretendemos com este capítulo sustentar a importância da formação em enfermagem após a concretização do curso de licenciatura, para a construção de um profissional mais competente e qualificado na prestação de cuidados de enfermagem. Reconhecemos que nesse processo, como apresentado anteriormente, os enfermeiros recorrem a diversos tipos de formação que lhes permitam ser mais competentes e capazes no seu exercício profissional.

Parte II: Opções Metodológicas

5. Objetivos e questões de investigação

5.1. Objetivo geral, objetivos específicos e questões de investigação

6. Tipo de estudo

7. Desenho de investigação

7.1. Participantes

7.2. Instrumentos de recolha de dados

7.3. Procedimentos

7.3.1. Procedimentos de recolha de dados

7.3.2. Procedimentos de análise de dados

7.4. Considerações éticas

7.5. Do rigor da investigação à validade e confiabilidade dos resultados

5. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Neste primeiro capítulo da Parte II – que expõe e clarifica as opções metodológicas deste estudo – apresentaremos os objetivos e as questões de investigação. Os objetivos do estudo que se apresentam seguidamente foram definidos considerando a problemática em estudo e a finalidade desta investigação, apresentados na Parte I.

Como referimos, a transição para a parentalidade revela-se um processo complexo, do qual decorrem mudanças de papel e identidade da mulher e do homem (e.g. Mercer, 2004). A intervenção do enfermeiro para a reestruturação da saúde do indivíduo/ família e/ou adaptação ao novo papel (e.g. Noseff, 2014), elucida sobre o motivo da transição para a parentalidade constituir um objeto de estudo da disciplina de enfermagem e a relevância da intervenção do enfermeiro neste período (Hattar-Pollara, 2010).

Relativamente à abordagem Touchpoints, sabemos que, em Portugal, 75% dos planos curriculares dos cursos de Pós-licenciatura em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria abordam conteúdos programáticos sobre Touchpoints e 92% desses planos abordam conteúdos sobre as competências do recém-nascido (Rosas & Xavier, 2017). Contudo, sobre as perspetivas e as experiências dos enfermeiros no que se refere aos contributos da referida abordagem nos cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade, pouco se conhece tanto a nível nacional como internacional.

5.1. OBJETIVO GERAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Assume-se como objetivo geral desta investigação: compreender as perspetivas e experiências dos enfermeiros (com formação e sem formação em Touchpoints) quanto ao contributo do modelo Touchpoints na prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade.

Os objetivos específicos e as questões de investigação são apresentados seguidamente. O apêndice A integra as questões operacionais deste trabalho.

•**Objetivo Específico 1:** Explorar as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados e relação estabelecida com os pais no âmbito do seu exercício profissional.

○**Questão de Investigação A):** Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados e à relação estabelecida com os pais no âmbito do seu exercício profissional?

•**Objetivo Específico 2:** Explorar as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao modelo Touchpoints em geral e quanto aos seus Princípios e Pressupostos.

○**Questão de Investigação B):** Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao modelo Touchpoints em geral?

○**Questão de Investigação C):** Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com formação no modelo Touchpoints quanto aos Princípios e Pressupostos que este modelo integra?

•**Objetivo Específico 3:** Explorar as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto à formação (formal, informal e não formal) e sua importância para o exercício profissional.

○**Questão de Investigação D):** Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints face ao contributo da formação para o exercício profissional?

6. TIPO DE ESTUDO

Esta parte do trabalho remete para a metodologia de investigação, pretendendo esclarecer as opções relativas ao tipo de estudo.

A investigação qualitativa pretende conhecer detalhadamente a realidade tal como é percebida pelos intervenientes (e.g., Chamberlain, et al., 1997). Através da exploração das percepções individuais dos participantes acerca das suas vivências/ experiências, os dados qualitativos permitem explicar determinados fenómenos identificando as semelhanças e variações/ diferenças existentes (e.g., Korstjens & Moser, 2017; Miller, 2010; Snape & Spencer, 2003). Reconhecem-se como seus componentes os objetivos e as questões de investigação, os participantes, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, os procedimentos éticos, os próprios dados, os processos analíticos (codificação) e a produção científica (comunicação dos resultados através de comunicações e/ou artigos científicos) (Strauss & Corbin, 1990).

Ao definir o objeto de estudo e baseando-nos nas questões de investigação, percebemos que este trabalho se enquadrava numa metodologia qualitativa. Propusemo-nos a explorar o contributo do modelo Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade. Para isso, procuramos perceber como os enfermeiros abordam as suas perspetivas e descrevem as suas experiências, explorando se e como identificam o contributo da abordagem Touchpoints. Assim, entendemos que os objetivos deste trabalho exigiam uma metodologia que permitisse conhecer detalhadamente a realidade tal como é percebida pelos intervenientes (e.g., Chamberlain, et al., 1997). Como vimos anteriormente, esta intenção exige uma explicação pormenorizada acerca de um fenómeno, através da identificação de semelhanças e diferenças existentes nos seus dados – que a metodologia qualitativa permite (e.g., Korstjens & Moser, 2017; Miller, 2010; Snape & Spencer, 2003).

A investigação qualitativa conduz a uma leitura real, holística e contextualizada dos fenómenos experienciados (Korstjens & Moser, 2017; Miller, 2010; Pope & Mays, 2006; Snape & Spencer, 2003). Tem sido realçada como uma abordagem naturalista e interpretativa que se preocupa em compreender os significados que

as pessoas, nos seus contextos sociais, atribuem aos fenómenos (e.g., Snape & Spencer, 2003). Esta metodologia assume a realidade como um constructo social e individual, na medida em que as experiências das pessoas ocorrem num determinado contexto e são relatadas e/ou vivenciadas de forma pessoal, podendo ser-lhes atribuídos significados ou interpretações diferentes consoante a perspetiva de cada um (e.g., Snape & Spencer, 2003). Assim sendo, os objetivos da investigação qualitativa são definidos de forma a permitir a compreensão e interpretação aprofundada da realidade percebida pelos participantes. O número de participantes é pequeno e as estratégias de amostragem são habitualmente intencionais. Em relação aos dados, estes são ricos, detalhados e amplos e a sua recolha é realizada através de métodos iterativos, que permitem emergir assuntos a explorar. A sua análise é aberta a conceitos emergentes que descrevam detalhadamente ideias, identificando padrões ou desenvolvendo explicações e os resultados são focados na interpretação dos fenómenos através da representação da realidade dos participantes (Snape & Spencer, 2003).

Para a disciplina de enfermagem, a importância de conhecer e compreender o contexto dos fenómenos e/ou as experiências vividas contribui para suportar e adequar as intervenções de enfermagem (Miller, 2010; Sá, et al., 2019). Assumidamente, neste estudo, não se pretendia perceber o significado atribuído à vivência de uma determinada experiência/ fenómeno que uma abordagem fenomenológica pressupõe (e.g., Saldaña, 2011), nem a criação de uma teoria explicativa da realidade como acontece nos estudos guiados por *grounded theory*³ (e.g., Strauss & Corbin, 1990). A intenção é compreender e descrever um fenómeno (contributo do modelo Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade) de uma forma clara e “real”, isto é, manter essa descrição fiel aos relatos dos seus intervenientes (e.g., Sandelowski, 2000). Embora se assuma alguma “inspiração” na análise de dados dos procedimentos metodológicos da *grounded theory*, em termos de linha de investigação, o estudo não segue totalmente nenhuma destas

³ *Grounded theory*, em inglês, é nalguma literatura lusófona descrita/ traduzida como Teoria Fundamentada nos Dados (e.g., Dantas, Leite, Lima, & Stipp, 2009). Neste documento, opta-se por utilizar a terminologia original.

abordagens. Sandelowski (2010) refere a importância que a literatura atribui à definição de métodos de investigação, descrevendo o que caracteriza e distingue, por exemplo, estudos etnográficos de fenomenológicos ou *grounded theory*. Contudo, a mesma autora também salienta que, no dia-a-dia da investigação qualitativa, muitas vezes estes métodos se fundem de alguma forma, como por exemplo integrando técnicas de investigação uns dos outros, como acontece nos estudos descritivos (Kim, et al., 2017; Sandelowski, 2000, 2010).

Desta forma, considera-se que este estudo se enquadra numa investigação qualitativa descritiva e que traduz uma abordagem naturalista (Bradshaw, et al., 2017; Sandelowski, 2000). Ou seja, foca-se no significado que as pessoas dão à sua realidade, numa perspetiva relativista (a perspetiva da realidade e como ela é entendida e descrita, varia de pessoa para pessoa) e subjetiva (condicionada pelas experiências pessoais) (Bradshaw, et al., 2017; Sandelowski, 2000). Neste sentido, os estudos qualitativos descritivos visam explorar e compreender um fenómeno ou perspetivas e visões da realidade das pessoas nela envolvidas (Bradshaw, et al., 2017), aceitando-as como interpretações individuais da realidade e como construtos sociais. O seu objetivo é permitir uma descrição válida e explícita, numa linguagem compreensível e precisa, conferindo a oportunidade de recolher dados relevantes sobre algo pouco conhecido.

Neste processo, o investigador procura manter-se perto dos eventos e das descrições dos participantes, na procura de fornecer um relato sobre o fenómeno que seja fiel ao discurso dos intervenientes (Bradshaw, et al., 2017; Sullivan-Bolyai, et al., 2005). Pode, assim, recorrer a uma análise de pouca inferência e interpretação, onde os investigadores estão de acordo sobre a descrição dos dados embora possam optar por formas diferentes de os apresentar, e à publicação dos resultados assente na sua validade (pois serão facilmente reconhecíveis pelos envolvidos naquele fenómeno/ situação) (e.g., Chafe, 2017). Neste sentido, ao desenvolver este estudo qualitativo descritivo, procurou-se descobrir o “quem” (enfermeiros), o “quê” (abordagem Touchpoints), o “onde” (cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade) e o “porquê” (há

contributo?) dos eventos ou experiências (e.g., Sandelowski, 2000). Pretende-se uma aproximação dos dados, da qual podem resultar descrições distintas do mesmo evento, se os investigadores se concentrarem em aspetos diferentes da perceção/ relato do evento/ fenómeno (Sandelowski, 2000).

A investigação qualitativa descritiva, embora nem sempre reconhecida como um método em si mesmo (e.g., Kim, et al., 2017; Lambert & Lambert, 2012; Turale, 2020), segue técnicas e procedimentos claros e rigorosos (e.g., Kim, et al., 2017; Sullivan-Bolyai, et al., 2005; Turale, 2020). A Tabela 3 apresenta-os.

Tabela 3.

Características da investigação qualitativa descritiva

Elementos	Descrição
Participantes	Estratégia de amostragem intencional e com máxima variação. Número de participantes habitualmente pequeno.
Instrumentos de recolha de dados	Entrevistas ou <i>focus-group</i> , com guiões constituídos por questões abertas ou semi-estruturados.
Análise dos dados	Simultânea à recolha de dados. Análise qualitativa do conteúdo. Codificação inicialmente aberta com posterior identificação de categorias e sub-categorias após identificação de semelhanças e diferenças nos dados.
Resultados	Sumário descritivo dos resultados fiel à experiência dos participantes, sem interpretações aprofundadas do seu discurso.

Nota: adaptado de Kim, et al., 2017; Sandelowski, 2000; Sullivan-Bolyai, et al., 2005; Turale, 2020

Importa elucidar que a referência a uma análise de pouca inferência e interpretação não significa que estes estudos não sejam interpretativos. Como Sandelowski (2000; 2010) realça, a interpretação e o “passar de um sítio para outro” (Sandelowski, 2010, p.79) são condições inerentes ao processo de investigação e análise. No caso da investigação qualitativa descritiva, a análise dos dados e sua consequente descrição dos fenómenos reflete a escolha do investigador sobre o que quer descrever. As experiências podem ser vividas e

relatadas sobre várias formas, mas dificilmente serão relatadas em toda a sua essência (pois falamos de uma perspectiva subjetiva da realidade) – será opção do investigador focar-se em determinados aspetos dessas descrições (ou perspectivas e experiências). Por este motivo, estes estudos não se caracterizam por serem altamente interpretativos, já que o investigador escolhe deliberadamente um aspeto do fenómeno sobre o qual se debruça e procura descrever e compreender, tendo por base um enquadramento que oriente a sua interpretação dos dados, mas que não deixa dúvida aos outros que, de facto, descreve a realidade (Sandelowski, 2000).

Em suma, a investigação qualitativa descritiva enaltece os padrões dos dados, recorrendo às descrições das pessoas sobre um fenómeno, através da sua linguagem habitual; fornece um sumário da realidade muito próximo dessas descrições; é útil para obter respostas pouco transformadas ou teorizadas sobre aspetos relevantes para os profissionais; motiva e sustenta a mudança e melhoria da qualidade; dá visibilidade às técnicas e métodos de investigação qualitativa, através da escolha e sua justificação por parte do investigador (Bradshaw, et al., 2017; Chafe, 2017; Sandelowski, 2000; Sullivan-Bolyai, et al., 2005).

Assim sendo, este trabalho descreverá se, segundo os enfermeiros, existe e qual o contributo do modelo Touchpoints nos cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade. Esta descrição será a mais próxima dos dados, isto é, o que as perspectivas e as experiências dos participantes revelam sobre a prestação de cuidados de enfermagem e sobre a influência do modelo Touchpoints nesses cuidados, segundo os enfermeiros que realizaram formação no referido modelo e aqueles que não a realizaram.

7. DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Apresentado o tipo de estudo/ metodologia, expõem-se os métodos utilizados. A escolha dos métodos de investigação prende-se com a opção metodológica e engloba a aplicação de estratégias planeadas e rigorosas de recolha de dados e sua análise, procurando assegurar a validade dos achados (Pope & Mays, 2006).

Ao longo dos próximos subcapítulos, expõe-se o percurso da investigação desde a seleção e recrutamento dos participantes, descrição do instrumento e procedimentos de recolha de dados até aos procedimentos do seu tratamento e análise.

7.1. PARTICIPANTES

Para se compreender melhor e mais aprofundadamente o fenómeno em estudo pretendeu-se explorar os discursos dos enfermeiros com formação Touchpoints, para perceber como descrevem as suas experiências profissionais (nomeadamente no que à relação com os pais, à descrição sobre o recém-nascido e aos cuidados prestados diz respeito) e o que o seu discurso revela sobre os conceitos Touchpoints e sua aplicabilidade. Dar voz àqueles profissionais sem formação Touchpoints, procurando semelhanças/ diferenças nos discursos pareceu-nos que permitiria explorar mais detalhadamente o objeto de estudo. Partiu-se, assim, para a recolha de dados com dois grupos de participantes: enfermeiros com formação Touchpoints e enfermeiros sem formação Touchpoints.

No início da recolha de dados com estes dois grupos, surgiram referências à mais-valia da formação informal. Nesse sentido, surgiu a vontade de perceber se e como (de)ocorre essa formação nos contextos profissionais dos participantes, procurando nos seus discursos referências aos processos de aprendizagem. Para além disso, também foi intenção compreender se se identificam e quais são as características dos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais com formação Touchpoints, na perspetiva dos seus colegas de trabalho e porque são referidos. Assim, à medida que foi

avançando a recolha de dados, surgiu o interesse de recrutar um grupo de participantes que não tivesse realizado esta formação, mas integrasse equipas com elementos que a tivessem. O interesse neste grupo de participantes foi suscitado pelas respostas do grupo com formação Touchpoints às questões relacionadas com a explicação deste modelo aos colegas de trabalho e ainda pelo seu (re)conhecimento de processos de formação informal habituais no dia-a-dia dos enfermeiros. Teve como principal objetivo explorar as experiências dos participantes sobre o impacto da formação informal na prestação de cuidados, bem como, esclarecer sobre os contributos da abordagem Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição da parentalidade, na perspetiva das equipas de trabalho (numa busca “do que eu reconheço nos cuidados prestados pelo meu colega”).

Este trabalho integrou um total de 38 participantes organizados em três grupos. Tendo em conta os objetivos e as questões de investigação previamente apresentados, um eixo importante de organização do presente trabalho tem a ver com a formação em Touchpoints – considerando-se para este trabalho o Curso Intensivo em Touchpoints, por ser a formação certificada a nível nacional nesta área. Como expusemos no parágrafo anterior, dois dos três grupos de participantes partilham como critério de inclusão o facto de não terem formação em Touchpoints. Os critérios de inclusão de cada grupo são apresentados seguidamente:

• **Grupo 1 (G1):** enfermeiros portugueses que realizaram formação até 2017 (inclusive), segundo registo da Fundação Brazelton/ Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família. O registo da referida Fundação conta 36 enfermeiros que realizaram formação em Touchpoints entre 2002 (primeiro curso em Touchpoints) e 2017. Um deles é a investigadora principal e dois deles são participantes do Grupo 3 que, à data da sua participação, ainda não tinham realizado a formação. Com a colaboração da Fundação Brazelton/ Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família realizamos 28 contactos solicitando a participação no estudo. Desses, 16 aceitaram participar, constituindo o Grupo 1 de participantes.

•**Grupo 2 (G2):** enfermeiros portugueses sem formação no modelo Touchpoints pertencentes a equipas de trabalho com as mesmas características do Grupo 1 quanto a locais de trabalho e experiência profissional, e integrados em equipas sem qualquer elemento com formação Touchpoints. Este grupo é composto por 13 enfermeiros (atingida a saturação teórica).

•**Grupo 3 (G3):** enfermeiros portugueses sem formação no modelo Touchpoints pertencentes a equipas de trabalho com as mesmas características do Grupo 1 quanto a locais de trabalho e experiência profissional, e integrados em equipas com elementos com formação Touchpoints (segundo o registo da Fundação Brazelton/ Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família). Este grupo integra 9 participantes.

A caracterização dos três grupos é apresentada na Tabela 4. E está detalhadamente exposta no apêndice B. Globalmente, os participantes são maioritariamente mulheres (apenas 2 participantes do género masculino pertencentes ao Grupo 1), têm em média 42 anos (com idades compreendidas entre os 25 e os 57 anos) e a maioria completou o 2º ou 3º ciclo de estudos. Verificamos que a maioria trabalha em contextos clínicos, tem mais de 10 anos de exercício profissional e metade trabalhavam há mais de 10 anos no mesmo local (serviço). Relativamente à experiência como formador, grande parte dos participantes revelaram ter tido experiência nesse papel em cenários de formação em serviço ou colaboração com instituições de ensino. Percebemos que os enfermeiros com formação Touchpoints (G1) são os mais velhos e os participantes sem formação Touchpoints integrados em equipas com elementos com essa formação (G3) são os mais jovens (média de 48 anos e 31 anos, respetivamente). Os mesmos grupos representam os participantes com mais e menos experiência profissional, respetivamente (média de 26 anos para o G1 e média de 8 anos para o G3) e que trabalham, respetivamente, há mais e menos tempo no mesmo serviço (média de 16 anos para o G1 e média de 5 anos para o G3). Os enfermeiros do Grupo 2, por seu lado, são aqueles que têm menor experiência como formadores (46%, enquanto no G1 e G3 representam 81% e 78% dos seus participantes, respetivamente).

Especificamente, o Grupo 1 caracteriza-se essencialmente por enfermeiros numa faixa etária superior aos 40 anos (média 48 anos), com pós-licenciatura em Enfermagem ou 2º/ 3º ciclo de estudos, com mais de 20 anos de experiência profissional (média 26 anos) e mais de 10 anos no atual local de trabalho (média 16 anos). Constituem, também, o grupo de participantes que concentra o maior número de enfermeiros na docência e com experiência como formador (81%).

Já o Grupo 2 caracteriza-se por enfermeiros numa faixa etária inferior a 45 anos (média de 42 anos), também com Pós-licenciatura em Enfermagem ou 2º/ 3º ciclo de estudos, com menos de 25 anos de experiência (média de 20 anos) e menos de 15 anos no atual local de trabalho (média de 11 anos). A maioria destes enfermeiros exerce funções em contextos clínicos e cerca de metade tem experiência como formador (46%).

Por seu lado, no Grupo 3 todos os enfermeiros têm idade inferior a 40 anos (média de 31 anos), com o maior número de participantes apenas com licenciatura e nenhum tem o 3º ciclo de estudos. A sua maioria exerce funções há menos de 15 anos (média de 8 anos) e, em média, há 5 anos no atual local de trabalho. A maioria trabalha em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e tem experiência como formador (78%).

Tabela 4.*Características sociodemográficas e profissionais dos participantes.*

	Grupo 1 (n=16)		Grupo 2 (n=13)		Grupo 3 (n=9)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade (anos)						
≥25<30	0	0,0	2	15,4	4	44,4
≥30<35	2	12,5	2	15,4	3	33,3
≥35<40	0	0,0	1	7,7	2	22,2
≥40<45	2	12,5	1	7,7	0	0,0
≥45<50	5	31,3	2	15,4	0	0,0
≥50	7	43,8	3	23,1	0	0,0
Local de trabalho						
Consulta Externa	2	12,5	2	15,4	0	0,0
Neonatologia	2	12,5	2	15,4	7	77,8
Cuidados Saúde Primários	4	25,0	2	15,4	1	11,1
Instituições de Ensino Superior	8	50,0	4	30,1	0	0,0
Outros contextos	0	0,0	3	23,1	1	11,1
Habilitações literárias						
Licenciatura em Enfermagem	1	6,3	1	7,7	4	44,4
Pós-graduação	0	0,0	1	7,7	1	11,1
Pós-Licenciatura em Enfermagem	6	37,5	3	23,1	1	11,1
Mestrado	7	43,8	6	46,2	3	33,3
Doutoramento	2	12,5	2	15,4	0	
Experiência profissional (anos)						
<5	0	0,0	1	7,7	2	22,2
≥5<10	0	0,0	1	7,7	3	33,3
≥10<15	2	12,5	2	15,4	4	44,4
≥15<20	1	6,3	2	15,4	0	0,0
≥20<25	3	18,8	1	7,7	0	0,0
≥25<30	5	31,3	3	23,1	0	0,0
≥30	5	31,3	3	23,1	0	0,0
Anos de serviço no atual local de trabalho						
<5	1	6,3	4	30,1	6	66,7
≥5<10	2	12,5	2	15,4	2	22,2
≥10<15	5	31,3	1	7,7	1	11,1
≥15<20	4	25,0	1	7,7	0	0,0
≥20<25	1	6,3	1	7,7	0	0,0
≥25<30	3	18,8	2	15,4	0	0,0
Experiência como formador						
Sim	13	81,3	6	46,2	7	77,8
Não	3	18,8	5	38,5	2	22,2

7.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento utilizado foi um guião de entrevista semiestruturado (apêndice C) resultante da pesquisa bibliográfica realizada, bem como, da experiência profissional dos investigadores envolvidos. Este instrumento de recolha de dados permite abordar temas relevantes para a investigação e, simultaneamente, integrar outros que livre e espontaneamente os participantes refiram (Legard, et al., 2003; Moser & Korstjens, 2018).

O guião organiza-se inicialmente num conjunto de questões que permitem a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e posteriormente questões relativas a temas como a formação em enfermagem, o desenvolvimento infantil, o recém-nascido e suas características, a importância do período neonatal, a relação entre pais e enfermeiros e o modelo Touchpoints.

7.3. PROCEDIMENTOS

7.3.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os contactos com os participantes e recolha dos dados foram realizados pela investigadora principal.

Para o Grupo 1 optou-se por uma estratégia de amostragem intencional (e.g, Lewis & Ritchie, 2003). Como estratégia de recrutamento pediu-se colaboração à Fundação Brazelton/ Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família, que identificou todos os profissionais de enfermagem que realizaram formação no modelo Touchpoints, participando em Cursos Intensivos em Touchpoints entre 2002 e 2017, inclusive. Foi a referida Fundação que posteriormente contactou estes profissionais (via correio eletrónico) explicando-lhes o projeto e seus objetivos (texto redigido em conjunto com a equipa de investigação) e solicitando permissão para disponibilizar o endereço de correio eletrónico e/ou telefone para posterior contacto com vista à participação. Dos 36 enfermeiros identificados pela Fundação Brazelton/ Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família, 28 aceitaram ser contactados pela equipa de investigação. No contacto posterior foi sublinhado o pedido de colaboração que incluiu um reforço de informação quanto aos objetivos e desenho do estudo. No mesmo momento,

formalizou-se a intenção de agendar a data, local e forma da entrevista (presencial, online, telefone). Foi ainda disponibilizado o formulário de Consentimento Informado. Aceitaram participar 16 enfermeiros e todos foram entrevistados.

Para os Grupos 2 e 3, a estratégia de contacto realizada pela investigadora (correio eletrónico) foi em tudo semelhante à utilizada para o Grupo 1.

Para o Grupo 2 optou-se pela estratégia de amostragem “*snowball*” (Ritchie, et al., 2003) (a partir dos conhecimentos da equipa de investigação ou dos participantes do estudo) e realizaram-se 20 contactos. Desses, 16 aceitaram agendar entrevista. Com a décima terceira entrevista o grupo ficou fechado, pois atingiu-se a saturação teórica (Bradshaw, et al., 2017; Korstjens & Moser, 2018).

Quanto ao Grupo 3, optou-se por uma estratégia de amostragem intencional. Solicitou-se aos participantes do Grupo 1 que indicassem colegas da sua equipa que não tivessem realizado o Curso Intensivo em Touchpoints na Fundação Brazelton/ Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família. Nalguns casos, este pedido ocorreu já depois de realizada a entrevista (relembra-se que a seleção deste grupo não foi uma opção inicial, como vimos no subcapítulo 7.1.) e nem todos os participantes do Grupo 1 indicaram elementos das suas equipas. Foram-nos referenciados 16 enfermeiros que contactamos. Apenas 9 aceitaram participar. Foram feitas várias tentativas de agendamento de entrevista com os restantes 7 (através de contactos diretos e pedidos de ajuda aos participantes do Grupo 1 para lembrar o objetivo do estudo), sem sucesso.

Para se proceder à recolha de dados e tendo em conta os objetivos e questões de investigação, optou-se pela realização de entrevistas em profundidade. Este tipo de entrevista permite investigar a perspetiva pessoal de cada um, constituindo uma técnica essencial na recolha de dados que pretende documentar opiniões, atitudes, crenças, perspetivas e sentimentos sobre experiências contextualizadas e vivências pessoais (Legard, et al., 2003; Moser & Korstjens, 2018; Saldaña, 2011). A sua utilização possibilita flexibilidade, ajuste a cada participante, tornando cada entrevista única. O instrumento utilizado foi o guião de entrevista anteriormente descrito (Apêndice C). Procedeu-

se a uma entrevista-teste para assegurar a clareza e/ou identificar reformulações necessárias ao guião, bem como, para o entrevistador treinar a sua utilização. Após esta entrevista não se procedeu a alterações à estrutura do guião, pois foi possível recolher informações relevantes para o propósito do estudo. Os dados daí resultantes não se incluíram na análise.

As entrevistas foram realizadas individualmente e na sua maioria presencialmente ou via Skype™ (apenas 1 participante do Grupo 2 optou por entrevista telefónica), após agendamento com cada um dos participantes. No início das entrevistas, os entrevistados foram lembrados que a sua participação era voluntária, que a confidencialidade e a desistência em qualquer fase da investigação estavam asseguradas e que se pretendia apenas recolher dados sobre as suas opiniões acerca dos temas que sustentavam as questões colocadas. Estes elementos estavam igualmente presentes no formulário de Consentimento Informado que foi disponibilizado (Apêndice D). As entrevistas iniciaram-se com questões para recolha de informações sociodemográficas e profissionais. Este início possibilitou aos participantes ficarem à vontade e predispostos para partilhar os seus pontos de vista, sentimentos, conhecimentos e pensamentos (e.g., Legard, et al., 2003; Moser & Korstjens, 2018). As entrevistas tiveram em média a duração de 32 minutos.

As entrevistas foram gravadas (gravação áudio) com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas *verbatim*. A transcrição integral da entrevista significa transcrever *ipsis verbis* o que é dito e incluir outros elementos não-verbais, como hesitações, risos, expressões faciais que permitem contextualizar o discurso e dar ênfase à interação entre o entrevistador e o entrevistado (e.g., Bardin, 2009).

7.3.2. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para a identificação das entrevistas, foram removidos todos os elementos identificativos dos participantes e utilizou-se codificações atribuídas com a seguinte estratégia: referência ao grupo de participantes (G1 para o Grupo 1, G2 para o Grupo 2 e G3 para o Grupo 3) antecedido de classificação numérica

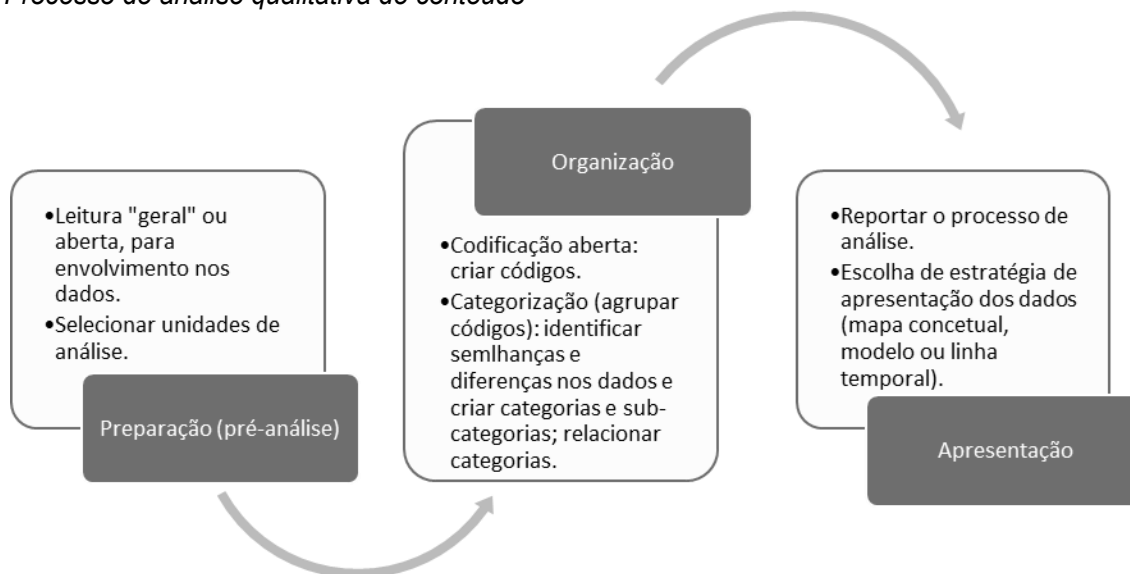
atribuída pela data de realização da entrevista. Esta codificação foi utilizada para assegurar a confidencialidade dos dados. Referências a outras pessoas cuja identificação era irrelevante para a investigação foram removidas e substituídas por abreviaturas (iniciais do nome), assim como a referência entre participantes (principalmente no Grupo 3).

A análise de dados teve como propósito examinar as narrativas dos participantes, analisando os discursos de forma descritiva (Vaismoradi, et al., 2013). A análise qualitativa de conteúdo permite analisar fenómenos de interesse para a enfermagem de forma descritiva, quer nos procedimentos de codificação quer na interpretação dos dados. A codificação e categorização sistemáticas dos dados possibilitam identificar padrões e frequências nos discursos e, ainda, as relações entre as categorias ou códigos (Vaismoradi, et al., 2013). O processo de análise qualitativa de conteúdo é descrito resumidamente na Figura 4.

No sentido de elucidar sobre a terminologia utilizada, esclarecemos que entendemos como *unidade de análise* o que é analisado, isto é, o objeto em si onde se encontram os dados (transcrições de entrevistas (ou parte delas), diários de observação, etc.) (Bardin, 2009; Graneheim & Lundman, 2004). Por *códigos* referimo-nos a *conceitos*, numa lógica de etiquetas conceituais dos dados que representam a identificação dos seus elementos relevantes e permitem refletir sobre os dados (Carpenter, 2002; Graneheim & Lundman, 2004; Strauss & Corbin, 1990). *Categorias* fazem referência à classificação dos conceitos, surgindo da comparação e agrupar de dados semelhantes entre si, refletindo a expressão do conteúdo existente no texto (Bardin, 2009; Carpenter, 2002; Graneheim & Lundman, 2004; Strauss & Corbin, 1990). As *subcategorias* são consideradas como pertencentes às categorias, explicando-as ou elucidando sobre as suas características (Carpenter, 2002; Graneheim & Lundman, 2004; Strauss & Corbin, 1990).

Figura 4.

Processo de análise qualitativa de conteúdo



Nota: adaptado de Elo & Kyngäs, 2008, citado em Vaismoradi, et al., 2013, p.402

A análise do conteúdo das entrevistas sustentou-se numa abordagem semi-indutiva de inspiração *grounded theory* com recurso ao software QSR Nvivo 12.0. Através deste software, a codificação dos dados iniciou-se com a leitura “flutuante” (Bardin, 2009) e codificação aberta (*nodes*) (Carpenter, 2002; Strauss & Corbin, 1990), que posteriormente se foram agrupando à medida que se identificaram semelhanças entre eles, e daí emergiram categorias e subcategorias (Bardin, 2009; Carpenter, 2002; Graneheim & Lundman, 2004; Strauss & Corbin, 1990). O nome atribuído a cada uma destas categorias e subcategorias foi escolhido de forma a revelar o seu conteúdo, recorrendo-se por vezes a expressões ou palavras utilizadas pelos participantes (nesse caso, entre aspas). As principais categorias de primeira geração (aquelas que “concentram” o maior volume de dados) estão diretamente relacionadas com a problemática em estudo.

A análise dos dados iniciou-se com as entrevistas do Grupo 1 e foi durante a análise das entrevistas do Grupo 2 e 3 que se percebeu que a estrutura dos dois sistemas de categorias era semelhante, resultante dos discursos (e potencialmente marcada pelo guião de entrevista e por os participantes terem todos experiência profissional na prestação de cuidados a recém-nascidos e

suas famílias), o que se tornou útil para explorar potenciais semelhanças e diferenças entre os grupos de participantes.

Foi nossa opção seguir o caminho de, com a análise de dados das 38 entrevistas terminada, proceder à união dos três sistemas de categorias, criando um único que se encontra disponível em anexo (Apêndice E). Nada se alterou/ modificou quanto aos procedimentos de análise do discurso dos participantes nem dos três sistemas de categorias. Considerámos, sim, esta estratégia mais clara e simples para a apresentação dos dados no capítulo que se segue e mais fácil de explorar na discussão dos dados.

O foco na tarefa, o cuidado e atenção constante são requisitos que foram tidos em conta durante todo o processo de análise dos dados. O processo é marcado pelo retornar constante aos dados e o repensar do sistema de categorias.

Após a categorização de todas as entrevistas, procedeu-se à análise completa do sistema geral de categorias, com seleção das citações que melhor as caracterizassem (Apêndice F). Posteriormente, identificaram-se relações entre os dados, através de consultas (“*queries*”) e matrizes (“*coding matrices*”) disponibilizadas no software utilizado. Tal permitiu cruzar os dados de conteúdo e estes com o “tipo” de participantes e sugerir que algumas categorias pudessem pertencer ao mesmo conjunto (“*sets*”). Estes procedimentos contribuíram para as respostas às questões de investigação, apresentando-se alguns exemplos no Apêndice F e ao longo da apresentação e discussão dos dados. As anotações criadas ao longo deste processo permitiram registar as interpretações dos investigadores e o desenvolvimento conceptual da investigação.

O processo de análise dos dados foi maioritariamente realizado pela investigadora principal sendo que, ao longo do tempo as categorias, sua denominação, descrição e a relação entre elas foi discutida com outra das investigadoras. A investigadora principal e a segunda investigadora fizeram revisão geral das categorias separadamente e depois em conjunto. Esta revisão foi posteriormente discutida com a terceira investigadora, dando lugar à estrutura final de categorias.

7.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quanto a questões éticas, como já referido, todos os participantes assinaram um formulário de consentimento informado especialmente construído (Apêndice D) e disponibilizado no momento do recrutamento. O referido formulário integra o objetivo principal do estudo, bem como, os benefícios em conhecer os resultados da investigação. Faz ainda referência aos participantes, recolha de dados e publicação dos resultados, ressaltando a confidencialidade dos dados fornecidos.

O pedido para a gravação da entrevista foi realizado antes do início da mesma, sendo autorizado por cada entrevistado. As entrevistas decorreram individualmente em local e data escolhida pelos participantes, num espaço privado e apenas na presença da investigadora principal.

O anonimato, com recurso à codificação na identificação das entrevistas, e a confidencialidade foram asseguradas. A possibilidade de desistência da participação em qualquer momento da investigação foi ressaltada, tanto no consentimento informado como no início da entrevista.

O projeto teve o parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo A).

7.5. DO RIGOR DA INVESTIGAÇÃO À VALIDADE E CONFIABILIDADE DOS RESULTADOS

Pretende-se com este subcapítulo abordar a qualidade e o rigor deste estudo. A evidência desta qualidade em termos do processo de investigação é essencial em todos os tipos de investigação (e.g., Bradshaw, et al., 2017). Contudo, tem sido argumentado por alguns autores que os critérios que avaliam este rigor e qualidade devem ser distintos para a metodologia qualitativa e para a metodologia quantitativa, devido às suas diferenças epistemológicas (Bradshaw, et al., 2017; Korstjens & Moser, 2018; Morse, et al., 2002; Lewis & Ritchie, 2003). Assim, segundo vários autores, a proposta de Guba e Lincoln, nos anos 80, para a utilização de diferente terminologia pelos investigadores qualitativos, em alternativa aos de “fiabilidade” (“*reliability*”) e “validade” (“*validity*”) utilizados

pelos investigadores quantitativos, é recomendada (Bradshaw, et al., 2017; Korstjens & Moser, 2018; Morse, et al., 2002; Lewis & Ritchie, 2003). Como consequência, para avaliar o rigor da investigação qualitativa passam a empregar-se os termos credibilidade (“*credibility*”), transferibilidade (“*transferability*”), dependabilidade (“*dependability*”), confirmabilidade (“*confirmability*”) e reflexividade (“*reflexivity*”), numa procura de mostrar a confiabilidade (“*trustworthiness*”) da investigação, no lugar dos de validade interna e externa, fiabilidade e objetividade. A Tabela 5 apresenta a definição de cada um desses critérios e estratégias para os atingir.

Tabela 5.

Definição dos critérios de Confiabilidade definidos por Guba e Lincoln (1985) e estratégias para os atingir.

Critério	Definição	Estratégia
Credibilidade	Refere-se à confiança que podemos depositar nos resultados, que serão determinados como informações plausíveis dos dados dos participantes e corretas interpretações desses dados.	Investir no tempo dedicado aos participantes. Triangulação. Aproximação, empatia com os entrevistados.
Transferibilidade	Refere-se ao grau em que os resultados podem ser inferidos para outros contextos ou indivíduos. A descrição aprofundada dos dados e sua análise permite ao leitor decidir se os dados são transferíveis para outras realidades.	Descrição rica e aprofundada do discurso e significado que os participantes lhe atribuem; do contexto. Apresentação de pormenores do estudo e desenho de investigação. Amostragem de conveniência.
Dependabilidade	Refere-se à consistência dos dados e procura assegurar que os resultados são fiéis ao fenómeno em estudo e não fruto de interpretações originadas por opiniões ou ideias do investigador (viés). A descrição do percurso do processo de	Auditoria por outro investigador aos procedimentos e processos do estudo. Documentar qualquer alteração ao desenho do

	análise e interpretação dos dados deve ser documentada pelo investigador.	estudo ocorrida no percurso de investigação.
Confirmabilidade	Consiste em assumir que os dados e interpretação dos resultados são oriundos dos dados e que podem ser confirmados por outros investigadores com os mesmos (ou semelhantes) indivíduos e contexto.	Descrição das características demográficas dos participantes. Incluir citações diretas do discurso dos participantes.
Reflexividade	Traduz o processo de autorreflexão do investigador (suas preferências, antecedentes, etc.) e relacionamentos (com os participantes, por exemplo). É importante esta reflexão crítica de si próprio para analisar a intersubjetividade entre o investigador e os participantes.	Diário de bordo: documentar a sua “lente” concetual e ideias, de forma a compreender como afetam as decisões de investigação tomadas.

Nota: adaptado de Bradshaw, et al., 2017; Korstjens & Moser, 2018.

Muito embora no universo atual da investigação qualitativa se utilize esta terminologia, outros autores têm defendido que os termos “fiabilidade” e “validade” devem ser utilizados também nesta metodologia de investigação, argumentando que aqueles relacionados com a confiabilidade se focam na avaliação no final do estudo e pouco em como estratégias de verificação ao longo da investigação foram recurso para modelá-la e orientar as opções tomadas (Morse, et al., 2002). Morse et al. (2002), sublinham que as estratégias sugeridas por Guba e Lincoln são úteis para avaliar o rigor da investigação, mas não para assegurá-lo.

Não pretendemos debruçar-nos nesta discussão, apenas reconhecer que existem diversas perspetivas em relação a estratégias e terminologias que procuram mostrar e comprovar o rigor e a qualidade da investigação qualitativa. Todavia, pretendemos expor os aspetos que consideramos elucidativos do rigor e qualidade desta investigação.

De uma forma mais explícita, expomos seguidamente os critérios de confiabilidade dos resultados (e.g., Lewis & Ritchie, 2003; White, et al., 2003) que identificamos neste percurso:

• **A iteratividade da investigação:** os dados foram analisados pela equipa de investigação em vários momentos de discussão e a recolha e análise de dados ocorreram em simultâneo, reconhecendo a característica iterativa da investigação qualitativa (e.g., Morse, et al., 2002; Moser & Korstjens, 2018). Este processo facilitou que se ajustasse a implementação das entrevistas, nomeadamente a ordem das questões colocadas, de forma a deixar os participantes mais à vontade para partilharem as suas experiências e perspetivas, bem como, em incidir com mais detalhe em aspetos suscitados pelo discurso dos primeiros entrevistados (Korstjens & Moser, 2018). Esta iteratividade também nos impeliu a incluir um novo grupo de participantes não contemplado no início da investigação (Grupo 3).

• **Participantes:** as estratégias de amostragem utilizadas com critérios de inclusão específicos permitiram a recolha de dados de três grupos de participantes definidos e distintos. Também permitiu uma representatividade de parte da população de enfermeiros da área da enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, em termos de características demográficas e profissionais (locais de trabalho, experiência profissional, conhecimentos em Touchpoints, idade e habilitações literárias) (Lewis & Ritchie, 2003; Morse, et al., 2002).

• **Saturação teórica:** a saturação teórica foi atingida em dois dos três grupos de participantes (G1 e G2), elucidando sobre a recolha de dados suficiente para compreender os aspetos do fenómeno em estudo e dar resposta às questões de investigação (Korstjens & Moser, 2018; Lewis & Ritchie, 2003; Morse, et al., 2002). A opção de integrar um terceiro grupo (G3) nos participantes do estudo teve o propósito de permitir uma melhor compreensão da transmissão dos conceitos do modelo Touchpoints através da formação informal, pelo que a saturação teórica neste grupo em particular não se revelou essencial, principalmente porque foi atingida nos restantes dois. A saturação teórica tem o propósito de recolher dados suficientes para

estudar em profundidade o fenómeno de investigação e implica a evidência de padrões e categorias variadas (Korstjens & Moser, 2018; Morse, et al., 2002). A replicação de dados, não surgirem novas categorias e a qualidade do conteúdo dos dados em termos de representatividade do objeto de estudo são formas para se considerar atingida a saturação teórica (Korstjens & Moser, 2018; Morse, et al., 2002; Ritchie, et al., 2003). Esta é igualmente suportada pelas estratégias de amostragem de amostra intencional (como a opção que tomamos para o G1) ou amostra teórica (Elliott & Timulak, 2005).

• **Triangulação:** neste trabalho recorreu-se à triangulação dos dados através de três grupos de participantes e à triangulação de investigadores no procedimento de análise dos dados com a discussão e análise por mais do que um investigador (Korstjens & Moser, 2018; Lewis & Ritchie, 2003). Consideramos que o recurso à triangulação possibilita maior reflexão e um olhar mais robusto sobre um tema pouco explorado no nosso país. A triangulação serve um propósito de validação da investigação, permitindo perceber a complexidade da realidade a investigar a partir de diferentes pontos de vista, e assegura maior riqueza e rigor dos procedimentos e resultados alcançados (e.g., Saldaña, 2011).

• **Papel do investigador:** o registo das ideias concetuais e primeiras interpretações dos dados foi realizado, assim como as decisões tomadas em relação a opções de investigação. A autorreflexão e consciência do percurso profissional e formativo da investigadora principal foi assumido e reconhecido (enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria, com exercício profissional em Neonatologia e formação em Touchpoints), num esforço de identificar sempre que as suas perspetivas pudessem influenciar a interpretação dos dados e procurando despir-se das suas preconcepções sobre este tema durante a análise de dados (e.g., Bradshaw, et al., 2017). Houve, então, um esforço de se manter próxima do discurso dos participantes e do real sentido das suas palavras (e.g., Kim, et al., 2017). Uma das formas para assegurar este último aspeto foi a discussão com outros investigadores, de forma a garantir que a sua formação profissional não condicionava a sua interpretação dos dados nem a fiabilidade da análise de dados, assegurando-

se a transferibilidade dos resultados (e.g., Korstjens & Moser, 2018). Garantiu-se, assim, e com recurso a outras estratégias já enumeradas, que os resultados são fiéis aos dados.

• **Transferibilidade/ generalização:** cabe-nos, enquanto investigadores, explorar o fenómeno em estudo e descrevê-lo tal como ele se mostra (Bradshaw, et al., 2017; Korstjens & Moser, 2018; Lewis & Ritchie, 2003). Para isso, recorreremos a uma pormenorizada descrição dos participantes e do seu discurso em termos de vivências, descrições, opiniões, experiências e perspetivas (Lewis & Ritchie, 2003), bem como, dos procedimentos de recolha e análise dos dados (Korstjens & Moser, 2018). Consideramos que estes resultados traduzem um retrato fiel do olhar dos participantes quanto ao contributo do modelo Touchpoints para a prática de enfermagem e que são generalizáveis à restante população de enfermeiros que cuidam de recém-nascidos e suas famílias. Contudo, caberá a cada leitor deste trabalho decidir se estes resultados são transferíveis para outras realidades (como a sua), tendo em conta as características dos participantes e o significado do seu discurso (Korstjens & Moser, 2018; Lewis & Ritchie, 2003).

Atualmente, a indicação do cumprimento do que são considerados critérios de qualidade para a apresentação da investigação científica qualitativa é feita habitualmente tendo em conta uma das seguintes checklists: COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research*) (Tong, et al., 2007) e SRQR (*Standards for Reporting Qualitative Research*) (O'Brien, et al., 2014). Em anexo encontra-se a COREQ para o presente trabalho (Anexo B).

Parte III: Apresentação e discussão dos resultados

8. Apresentação e discussão dos resultados

8.1. Perspetivas e experiências dos participantes quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados e relação estabelecida com os pais no âmbito do seu exercício profissional.

8.2. Perspetivas e experiências dos participantes quanto ao modelo Touchpoints.

8.3. Perspetivas e experiências dos participantes quanto à utilização dos Princípios e Pressupostos constituintes do modelo Touchpoints.

8.4. Perspetivas e experiências dos participantes quanto ao contributo da formação para o exercício profissional.

8. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como vimos no subcapítulo 7.3.1., a análise dos dados, com recurso ao software de análise qualitativa Nvivo 12, iniciou-se com as entrevistas do Grupo 1 (enfermeiros com formação em Touchpoints) e, terminada a análise de dados das 38 entrevistas, procedeu-se à união dos três sistemas de categorias, criando um único sistema geral de categorias (Apêndice E), sobre o qual incide a apresentação e discussão de resultados aqui exposta. O Apêndice F permite a consulta deste sistema geral de categorias, com a descrição de cada uma delas, para além do número de fontes (participantes), referências (“número” de vezes a que os participantes se reportam ao conteúdo da categoria de última geração) e uma citação exemplificativa do discurso dos participantes.

No seu todo, o sistema geral de categorias resultante é composto por 11 categorias principais (Tabela 6.). Dessas categorias principais emergem categorias de várias gerações, perfazendo um total de 633 categorias “filhas”, das quais 41 são de 2ª geração, 275 são de 3ª geração e 175 de 4ª geração. Das 644 categorias que compõe o sistema geral, 564 são de última geração.

Tabela 6.

Categorias de primeira geração do sistema geral de categorias.

Categorias de primeira geração
Modelo Touchpoints
Abordagem Brazelton
Outras perspetivas teóricas
Período Neonatal
Relação Pais-Bebé
Desenvolvimento Infantil
Relação Pais-Enfermeiro
Enfermeiro
Experiência pessoal do Ser Mãe/Pai
Formação Profissional
Posicionamento Crítico

No sentido de facilitar a compreensão da organização do sistema geral de categorias, optou-se por uma apresentação visual com recurso a estilos do tipo de letra. Assim, as categorias de 1ª geração são apresentadas em MAIÚSCULAS, as de 2ª geração em *itálico*, as de 3ª geração em **negrito**, as de 4ª em **negrito e itálico** e as de última geração sublinhadas. Em algumas situações, o sublinhado que indica que a categoria é de última geração, poderá coexistir com outros tipos de letras, de acordo com a geração a que pertencem. As citações retiradas do discurso dos participantes são apresentadas *verbatim*, entre aspas e em itálico, seguidas do código correspondente a cada participante (nº participante seguido de indicação do grupo: G1, G2 ou G3). Em cada citação, [...] significa que foi encurtada e o [texto adicional] pretende incluir informações que permitam contextualizar o leitor nas referências do discurso.

Para facilitar a exposição dos dados recolhidos e a apresentação da análise e discussão dos resultados optou-se pela sua organização consoante cada questão de investigação (Apêndice A ou subcapítulo 5.1.).

8.1. PERSPETIVAS E EXPERIÊNCIAS DOS PARTICIPANTES QUANTO AO RECÉM-NASCIDO, AOS CUIDADOS PRESTADOS E À RELAÇÃO ESTABELECIDADA COM OS PAIS NO ÂMBITO DO SEU EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

Para responder à questão de investigação A (quais as perspetivas e experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados e à relação estabelecida com os pais no âmbito do seu exercício profissional?), recorreu-se aos dados das entrevistas dos três grupos de participantes. Procura-se descrever e compreender o que o seu discurso revela dos seus conhecimentos e perceções quanto aos cuidados prestados, à relação estabelecida com os pais e às características do recém-nascido.

Organizamos a resposta a esta questão de investigação por “temas”, que se inspiram nas 3 categorias de primeira geração a que mais recorreremos (PERÍODO NEONATAL, DESENVOLVIMENTO INFANTIL e RELAÇÃO PAIS-

ENFERMEIRO). Recorremos ainda ao discurso dos participantes referentes às categorias MODELO TOUCHPOINTS, ENFERMEIRO e POSICIONAMENTO CRÍTICO. Para isso, em primeiro lugar, considerou-se a informação disponibilizada pelos participantes quanto ao recém-nascido e período neonatal. Como exploramos nos capítulos 2.2. e 3., o período neonatal enquanto período crucial de desenvolvimento e organização do sistema nervoso central, da relação pais-bebê e reorganização da família ocupa um tempo de especial importância na transição para a parentalidade (e.g., Nugent, 2014; Nyström & Öhrling, 2004). Como anteriormente referido (ver capítulo 2.), Brazelton faz-nos olhar para o recém-nascido apresentando-o como competente e complexamente organizado e como ser social, capaz de influenciar as relações que os adultos estabelecem com ele (e.g., Nugent, 2019), sublinhando o seu papel na transição para a parentalidade. É esta “dinâmica” que corresponde ao primeiro “touchpoint” pós-natal – aquele que representa por excelência o modelo Touchpoints enquanto modelo do desenvolvimento infantil. O olhar sistêmico que temos vindo a assumir (e.g., Bronfenbrenner & Ceci, 1994) alarga-se, integrando os profissionais e daí o terceiro tema – cuidados prestados e relação estabelecida com os pais. Enquanto modelo relacional, como vimos no capítulo 1., o modelo Touchpoints valoriza a relação pais-filho e a relação pais-criança-profissional numa lógica de reconhecimento da reciprocidade da primeira e do profissional enquanto apoio e suporte dos pais nos momentos de desorganização da criança (e.g., Brandt, 2013). O profissional deve, assim, conhecer e identificar estes “touchpoints” e reconhecê-los como uma oportunidade de intervenção no desenvolvimento da criança, na promoção do papel parental e do relacionamento entre pais e filhos (Sparrow, 2010).

No final, será apresentada uma breve reflexão geral considerando os três grupos de participantes.

•Recém-nascido e Período neonatal

Os participantes deste estudo mostraram **valorizar as competências do recém-nascido** (26 participantes: 11 do Grupo 1, 8 do Grupo 2 e 7 do Grupo 3). No que ao **tipo de competências** diz respeito, os participantes dos três grupos

referiram-se às **comunicacionais**, às **individuais**, às **sensoriais** e ao recém-nascido como **ser social**. A maior diversidade (número de categorias “filhas” associadas a uma categoria) foi encontrada nas competências **individuais** e foi às competências **comunicacionais** que o maior número de participantes se referiu, sendo o choro o **tipo de competência** mais citada: “*a forma deles comunicarem é o... principalmente o choro*” [11G2]. Destacamos que, para além desta, também a influência sobre os outros e a interação (enquanto *competências do recém-nascido* como **ser social**), foram, respetivamente, as categorias de última geração seguintes mais referidas (ver Apêndice F). Se nos reportarmos às características profissionais dos participantes (subcapítulo 7.1. e/ou Apêndice B), recordamos que todos trabalham/ ram com recém-nascidos e que 13 possuem como habilitação literária Pós-licenciatura em Enfermagem (sendo que 4 deles possuem Mestrado em Enfermagem na área clínica de Saúde Infantil e Pediatria ou Saúde Materna e Obstétrica e 2 a Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – ver Apêndice B). Sabemos igualmente que a maioria dos planos curriculares da Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria aborda as competências do recém-nascido (Rosas & Xavier, 2017) e que a formação em Touchpoints destaca o 2º “touchpoint” e as características do bebé, pelo que podemos considerar a influência da formação profissional destes participantes nestes resultados (quer pela formação em Touchpoints, quer pela Pós-licenciatura).

Importa também destacar que em relação ao **tipo de competências comunicacionais**, o maior número de referências foi no Grupo 1 (encontramos referências em 9 das 11 categorias de última geração que lhe estão associadas nos participantes deste grupo), provavelmente expectável pelos motivos já expostos. Destas, para além do choro como já referimos, as mais apontadas foram o olhar (“*eu dou muita importância ao olhar do bebé.*” [10G1]) e a linguagem corporal (“*primeiro antes de usar a linguagem usa a expressão corporal para chamar à atenção*” [8G1]). Evidenciamos que, dos 38 participantes deste estudo, apenas 2 entrevistados do Grupo 1 se referem ao ser “sedutor”, 1 entrevistado do mesmo grupo à coloração da pele e 2 entrevistados do Grupo 2 ao ouvir como **tipo de competências comunicacionais**.

A maioria dos participantes dos três grupos reportaram-se ao recém-nascido como **ser social**, que foi essencialmente descrito como um elemento ativo pela sua influência sobre os outros, nomeadamente os pais (“*ele [o bebé] tem formas de responder e os pais por sua vez de responder à estimulação que a criança faz*” [8G1]) e interação (“*ele [o recém-nascido] é ativo ele chora, ele faz uma data de coisas que quer dizer que quer alguma coisa.*” [2G2]), elucidando sobre a valorização e reconhecimento destes entrevistados quanto às competências relacionais do recém-nascido. Destacamos que a categoria de última geração influência sobre os outros é abordada em todas as entrevistas do G1 e que, em cada um dos outros dois grupos, apenas 1 participante não lhe faz referência. Percebemos, portanto, o olhar dos entrevistados sobre o recém-nascido e como faz parte dos conhecimentos e perspetivas dos enfermeiros que participaram neste estudo, clarificando como valorizam o recém-nascido como socialmente competente, como estes dois exemplos mostram:

“ele diz-nos e nós aprendemos a conhecer o nosso bebé, como ele também nos aprende a conhecer. E... e isso só é possível sendo um elemento ativo, caso contrário isto não se dava” [15G1]

“eu acho que o bebé acaba por ter um papel muito ativo, mesmo na manifestação de determinados sinais, nos seus comportamentos, que vão vincular os comportamentos dos pais [...] e essencialmente acho que que tem um papel muito importante e que e que devemos estar sempre atentos a isso, quer os profissionais, quer os pais, quer como como a nível pessoal.” [3G3]

Em suma, os participantes reconhecem e descrevem os bebés como capazes de interagir e captar a atenção dos outros, para além de se expressarem (**tipo de competências comunicacionais**) e da sua capacidade de autorregulação, nomeadamente no que diz respeito aos estádios de consciência ou sono e vigília (“*com mais dificuldade em se regular e outros com menos dificuldade*” [15G1]). Estes elementos correspondem ao que atualmente é reconhecido como as características do recém-nascido e que são descritas em diferentes trabalhos que o caracterizam como competente, organizado, dotado de inúmeras

estratégias de comunicação e capaz de moldar o comportamento dos pais, tal como os pais moldam o comportamento dos seus filhos (e.g. Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Brandt, 2013; Gomes-Pedro, 2009; Nugent, 2013). Relações precoces entre pais e filhos podem impulsionar o desenvolvimento harmonioso da criança e a autoconfiança e habilidades/ conhecimentos dos pais (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Forstadt, 2012), contribuindo para ajustar o foco de atenção dos profissionais que intervêm junto das crianças e suas famílias. Relativamente ao **tipo de competências individuais**, os participantes dos três grupos traduzem-nas no padrão de comportamento do recém-nascido (21 participantes: 8 do Grupo 1, 6 do Grupo 2 e 7 do Grupo 3) (“*mas a nível de comportamental também são bastante diferentes*” [3G3]) e nas diferenças individuais entre bebés (25 participantes: 8 do Grupo 1, 9 do Grupo 2 e 8 do Grupo 3) (“*engane-se quem me diga que os bebés são todos iguais, porque não são*” [8G2]). Como já realçamos, o **tipo de competências individuais** são as que apresentam maior diversidade no discurso dos participantes: as características físicas e a desorganização foram referidas só por participantes do Grupo 2 e Grupo 3; a tonicidade e as diferenças raciais por 1 participante do Grupo 1, respetivamente; os interesses diferentes e linguagem própria só por participantes do Grupo 3; os reflexos e reação ao estímulo só por enfermeiros do Grupo 2.

A investigação de Brazelton, salientou e demonstrou as diferenças individuais dos recém-nascidos e o seu comportamento como tendo um significado e um objetivo (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Gomes-Pedro, 2009; Nugent, 2013; Sparrow, 2018). Como vimos, os nossos resultados mostram que os participantes enumeram o padrão de comportamento e as diferenças individuais como tipo de competências do recém-nascido e ainda que 11 participantes (7 do Grupo 1, 2 do Grupo 2 e 2 do Grupo 3) referem a **utilização do comportamento como linguagem** do bebé na *descrição das próprias práticas* enquanto ENFERMEIRO: “[o bebé] *não usa por palavras aquilo que precisa, é através do comportamento que ele manifesta as suas necessidades*” [8G1]. Vários estudos têm apontado a importância de os profissionais valorizarem o comportamento do recém-nascido e utilizarem-no como estratégia de aproximação aos pais e de

promoção da relação entre estes e o seu filho (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Sparrow, 2013) – o que constitui um aspeto central na abordagem Touchpoints.

Quanto ao **tipo de competências sensoriais**, estas desenvolvem-se no período pré-natal e vão promover as competências relacionais após o nascimento (e.g., Nugent & Brazelton, 1989; Sparrow, 2010). Interessante notar que apenas o tato esteve presente em entrevistas de participantes dos três grupos e que nenhum dos participantes se referiu especificamente à visão como um **tipo de competências sensoriais** do recém-nascido. A audição e o paladar foram referidos por 6 participantes do Grupo 1 e Grupo 2 (2 e 1 participante respetivamente em cada categoria de última geração) e o olfato por 2 participantes do G1.

Importa ainda salientar que apenas encontramos referências às *competências do recém-nascido* **neurocomportamentais** no discurso de participantes com formação Touchpoints e também que 2 entrevistados (1 do G1 e outro G2) consideraram que as *competências do recém-nascido* são **inexistentes**: “quando se nasce essas aquisições não existem” [4G1].

Embora o recém-nascido seja entendido pelos entrevistados como competente e social, estes enfermeiros parecem focar-se na RELAÇÃO PAIS-BEBÉ e na RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO, mas pouco na relação bebé-enfermeiro. Fica, então, por esclarecer por que reconhecem a capacidade do recém-nascido em se envolver em interações sociais, mas não descrevem claramente como e se conseguem eles próprios relacionar-se com os recém-nascidos enquanto enfermeiros.

Os participantes deste estudo ao abordarem a *importância do período neonatal* referiram-se à sua **importância para o bebé**, **importância para os pais**, **importância para a família**, **importância para a relação pais-bebé**, **importância para a intervenção** dos profissionais e ainda de forma **inespecificada**. Reportaram-se principalmente à **importância para os pais** e à **importância para a intervenção** (21 participantes (7 de cada um dos grupos)

para cada categoria de última geração e 35 e 29 referências, respetivamente). Os participantes com formação Touchpoints foram os que mais abordaram a *importância do período neonatal* nomeadamente quanto à sua **importância para a relação pais-bebé** (“*esse período é fortíssimo em termos de interação, em termos de vinculação. [...] o período neonatal é um período decisivo para isto*” [15G1]), mas nenhum deles se referiu à sua **importância para a família**. Em relação a esta, os participantes do Grupo 2 foram os que mais a abordaram (7 participantes deste grupo, 2 do Grupo 3 e nenhum do Grupo 1 – como acabamos de referir): “*para a família em si [...] eu acho que é muito importante. [...] é ali que... que começa, não é? A família forma-se no momento em que o bebé nasce, e a partir daí*” [7G2]. A relevância do período neonatal é atualmente inegável, principalmente quando consideramos a sua importância para o desenvolvimento infantil e para as relações entre pais e filhos (e.g., Nugent, 2013). É também entendido pela abordagem Touchpoints como uma oportunidade de “ouro” para os profissionais se aproximarem das famílias, isto porque, representa um momento em que a família se apresenta disponível e aberta à interação e relação com os profissionais (Gomes-Pedro, 2009; Nugent & Brazelton, 1989; Nugent, 2019; Sparrow & Brazelton, 2006). Para além disso, temos vindo também a salientar que o modelo Touchpoints é um modelo relacional, que valoriza a intervenção dos profissionais junto do sistema familiar (explorado no capítulo 1.), o que poderá justificar que os participantes do G1 pareçam focar-se mais na **importância para a intervenção** e na **importância para a relação pais-bebé** (categorias de última geração onde se encontram o maior número de referências deste grupo) do período neonatal (que corresponde ao 2º “touchpoint”). Aliás, e como veremos mais à frente no subcapítulo 8.2., só participantes com formação Touchpoints se reportaram à **importância do 2º “touchpoint”** (10 participantes), sendo que o discurso dos outros dois grupos apelaram a elementos correspondentes ao “touchpoint” do recém-nascido – **2º “touchpoint” em geral**, mas sem referir a sua importância (3 participantes do Grupo 2 e 3 do Grupo 3).

Em relação à *descrição do período neonatal*, o discurso dos participantes sem formação Touchpoints apresenta maior diversidade na caracterização deste

período, sendo que apenas encontramos referências dos três grupos ao **bebé imaginário vs. Bebé real** (“durante a gravidez, em que [...] vai construindo o nosso imaginário do bebé e depois o confronto com o bebé real.” [1G2]) e ao **estabelecer vinculação** (“a vinculação é um processo ao longo da vida mas os primeiros dias de vida são fulcrais” [8G1]) como elementos deste período. Só os participantes sem formação Touchpoints é que abordam o período neonatal como um **“período difícil”** que **influencia o desenvolvimento**: “tudo o que o neonato absorver nos primeiros dias é o que vai ficar marcado e é o que vai marcar o seu desenvolvimento.” [3G3]. Alguns participantes com formação Touchpoints foram, por seu lado, os únicos a remeterem para aspetos mais emocionais do PERÍODO NEONATAL, descrevendo-o como um **processo emocional** e falando sobre as **dúvidas** dos pais e sobre a **“solidão da mãe”**. O modelo Touchpoints, embora valorize claramente o período neonatal como temos vindo a reforçar, vê equivalentes desafios/ oportunidades nos restantes “touchpoints” (e.g., Sparrow, 2010). Estes “touchpoints” são vistos como mais do que meros marcos de desenvolvimento, como também temos mostrado ao longo deste trabalho. Por estas razões, talvez o discurso dos participantes com formação Touchpoints se distinga do dos grupos sem essa formação. O olhar dos participantes do G2 e G3 parece ser mais “determinista” ao descrever como o período neonatal **influencia o desenvolvimento**.

O modelo Touchpoints, embora valorize claramente o período neonatal como temos vindo a reforçar, vê equivalentes desafios/ oportunidades nos restantes “touchpoints” (e.g., Sparrow, 2010). Estes “touchpoints” são vistos como mais do que meros marcos de desenvolvimento, como também temos mostrado ao longo deste trabalho. Por estas razões, talvez o discurso dos participantes com formação Touchpoints se distinga do dos grupos sem essa formação. O olhar dos participantes do G2 e G3 parece ser mais “determinista” ao descrever como o período neonatal **influencia o desenvolvimento**.

Os enfermeiros dos três grupos abordaram ainda aspetos relacionados com a *transição para a parentalidade*, embora apenas encontremos 17 referências a esta transição no seu discurso. Na análise das entrevistas, só encontramos referências dos três grupos à *transição para a parentalidade* como um processo que **“não é inato”**: *“porque o simples facto de ter dado à luz não se fica automaticamente mãe. É preciso mais.”* [12G2]. A transição para a parentalidade representa um processo de alteração de papel e que tem impacto na saúde e identidade da mulher e do homem (Mercer, 2010; Nyström & Öhring, 2004), cujas vulnerabilidades podem manifestar-se (Hattar-Pollara, 2010), como exploramos no capítulo 3. Vários fatores elucidam sobre este processo de transição de ciclo de vida, como as características dos pais e do recém-nascido, a relação do casal e com familiares e o estatuto socioeconómico (Martins, et al., 2014; Meleis, et al., 2000; Mercer, 2010). As necessidades em saúde da mulher e do homem alteram-se nesta fase, enquanto estes se adaptam ao seu novo papel e identidade e as suas preocupações enquanto pais se estendem para além das questões tradicionais da saúde da criança (Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2014). Um participante do Grupo 2 referiu-se à parentalidade como um processo de **“tentativa-erro”**: *“é um processo de sucessos, insucessos, e que se alterna”* [4G2]. Focando-se nas mulheres, Mercer (2004) descreve, por exemplo, o processo de tentativa-erro nas primeiras seis semanas após o nascimento e o atingimento da identidade materna, que se traduz no ajustamento da mulher à sua nova realidade, pelo quarto mês de vida do bebé (Mercer, 2004; Husmillo, 2013). Um dos participantes do G1 abordou os sentimentos ambivalentes dos pais no período neonatal: *“o nascimento do bebé por um lado é um momento de alegria [...] mas [...] pode também ser de, portanto, fragilidade.”* [4G1]. Embora seja reconhecida e abordada a transição para a parentalidade pelos participantes deste estudo, a sua descrição acerca de como acontece e se desenrola é reduzida. Contudo, o discurso dos três grupos de participantes revela-nos que consideram que o exercer da parentalidade não é algo automático e durante o qual as emoções dos pais oscilam. Salientamos que os participantes do Grupo 1 não descuram os elementos que envolvem a transição para a parentalidade. Como temos vindo a demonstrar ao longo deste

capítulo, vários são os aspetos que estes participantes referem acerca desta transição: uma fase de **dúvidas** para os pais, um **“período crítico”** (“*é um período crítico...em termos emocionais, psicológicos, do próprio “eu”, tudo é posto em causa*” [1G1]) que tem **impacto** nos pais. O que parece acontecer é que o discurso destes participantes se reporta a estes aspetos na *descrição geral do período neonatal*. É por esse motivo, como expusemos anteriormente, que consideramos que está muito patente no discurso deste grupo a **importância do 2º “touchpoint”**, o que pode sustentar que se reportem mais ao momento do período neonatal como um momento de intervenção e menos na descrição da transição para a parentalidade como um processo. Ou seja, sabemos que a transição para a parentalidade toma especial impacto no período neonatal (e.g., Nugent, 2014) e que este corresponde ao 2º “touchpoint” (e.g., Brazelton Touchpoints Center, 2000). Sabemos também que, à luz do modelo Touchpoints, este é por excelência o momento de intervenção dos profissionais junto das famílias (e.g., Nugent, 2019). Sabemos igualmente, pelo que temos vindo a expor noutros pontos deste trabalho, que estes aspetos estão presentes no discurso dos participantes com formação Touchpoints, o que nos leva a crer que pode sustentar esta relevância dada à intervenção e menos à descrição do processo de transição para a parentalidade.

Não podemos deixar de salientar que, ao abordarem a *transição para a parentalidade*, os participantes deste estudo se reportam tanto às mulheres como aos homens. Embora cultural e socialmente a mulher seja vista como o principal cuidador de um bebé (e.g., Cardoso, 2011) e classicamente na enfermagem os estudos sobre a transição para a maternidade de Mercer sejam uma referência, a transição para a paternidade deve ser e constitui um interesse para os enfermeiros, como vimos no capítulo 3. Estudos, como os de Cardoso (2011, 2015), têm mostrado como o tornar-se mãe e tornar-se pai são vivenciados de formas diferentes, principalmente no que concerne a preparação e a integração do papel parental, pelo que compreendemos que os nossos entrevistados não se focam apenas na mãe ao falarem sobre *transição para a parentalidade*.

A transição para a parentalidade inicia-se antes do nascimento do bebê e vários fatores influenciam as diversas fases que constituem este processo bem como a sua duração (Cardoso, 2015; Noseff, 2014; Meleis, et al., 2000; Mercer, 2004). Mercer (2004), refere que, para as mulheres, todas estas fases são acompanhadas de “luto” pelos aspetos da sua vida e pelos papéis que ela abandona por não serem compatíveis com o seu exercício do papel de mãe. Os participantes deste estudo também se reportaram ao período pré-natal: 1 participante do Grupo 3 falou sobre a *importância do planeamento familiar* para o PERÍODO NEONATAL: “quando ainda estão a planear uma gravidez, já começam a fazer uma série de, ter uma série de comportamentos que que, inevitavelmente não teriam se não tivessem um bebé” [3G3]. Encontramos também nas nossas entrevistas referências à *importância do período pré-natal* sobre o DESENVOLVIMENTO INFANTIL (7 participantes: 2 do G1, 4 do G2 e 1 do G3): “até desde “in pera”... e sabermos e termos noção de que realmente existe já essa comunicação da mãe com o filho desde o meio intrauterino” [5G2]. Igualmente, vimos referência de 4 participantes do G2 ao **1º “touchpoint” em geral** e de 4 participantes do G1 à **importância do 1º “touchpoint”**, como exploraremos na questão de investigação B (subcapítulo 8.2).

•Desenvolvimento infantil

Quanto ao DESENVOLVIMENTO INFANTIL, o discurso dos participantes dos três grupos deixa transparecer uma grande diversidade de conhecimentos e descrições. Em relação aos *fatores que influenciam o desenvolvimento infantil*, os entrevistados enumeraram principalmente aqueles relacionados com o **ambiente** (nomeadamente os do *macrossistema* e *microssistema*), com as características **da criança** e com as **influências mútuas entre a criança e os contextos**, especialmente a **relação com os pais**. Foi no Grupo 1 que encontramos o maior número de referências a estes fatores, principalmente nas categorias de última geração da categoria **influências mútuas entre a criança e os contextos** (41 referências, comparativamente às 24 e 9 dos grupos G2 e G3, respetivamente). Como ao longo deste trabalho tem sido várias vezes referido, a abordagem Touchpoints encara o desenvolvimento infantil como

multidirecional por o indivíduo e o meio onde ele se insere se relacionarem e influenciarem mutuamente (e.g., Sparrow, 2010). Estes aspetos vão de encontro ao estipulado no modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner, que descreve o desenvolvimento como o resultado da reciprocidade entre o sujeito e o meio, na qual o indivíduo se ajusta ao seu ambiente e este procura proporcionar-lhe as condições mais favoráveis para que o desenvolvimento ocorra, alterando-se (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Sparrow, 2010). As características individuais da criança, as suas experiências e a forma como se relaciona com os outros e com o meio influenciarão o seu desenvolvimento, podendo potenciá-lo ou peraci-lo (Bhering & Sarkis, 2000). A organização e a forma como os diversos sistemas se relacionam entre si, refletem o impacto do contexto no desenvolvimento infantil (Bhering & Sarkis, 2000; Bronfenbrenner, 2005). Consideramos que esta perspetiva sistémica sustenta os nossos resultados, uma vez que estes mostram a diversidade do discurso dos participantes com formação Touchpoints em relação às influências no desenvolvimento da criança, comparativamente aos restantes dois grupos. Todavia, salientamos que os participantes sem formação Touchpoints se posicionam sobre a importância dos sistemas mais proximais e distais (**macrossistema e microssistema**), o que poderemos associar à sua formação profissional – formal (Pós-licenciatura em Enfermagem) e informal (em contexto de trabalho). Como vimos no subcapítulo 7.1., nestes dois grupos há vários enfermeiros com Pós-licenciatura em Enfermagem e sabemos que na maioria destes planos curriculares se abordam questões relacionadas com o modelo Touchpoints (Rosas & Xavier, 2017) e, possivelmente, a teoria das Transições de Meleis. Sabemos, igualmente, que os processos de formação informal influenciam os conhecimentos, pensamento e ações do enfermeiro (e.g., Abreu, 2001; Benner, 2011). Estes aspetos podem sustentar estes resultados.

No que à *descrição geral do desenvolvimento infantil* diz respeito, encontramos uma significativa diversidade e dispersão (referências dos participantes em várias categorias de última geração, indicando que são mais “descritivos” sobre determinado aspeto) dos discursos dos três grupos (Apêndice F). O maior número de referências encontradas dizem respeito a características como

evolutivo, **descontínuo** e **multidimensional** (21, 15 e 13 referências no total dos três grupos, respectivamente para cada categoria). Os nossos dados mostram que os enfermeiros com formação Touchpoints são os únicos a posicionarem-se sobre o desenvolvimento como **descontínuo** (com referências à formação Touchpoints como contributo para esta percepção): *“para mim o desenvolvimento infantil acaba por ser momentos de evolução e de regressão ao longo do ciclo de vida da criança. [...] Para mim isso é que é o desenvolvimento infantil... assim de uma forma simples. Este avanço e recuo para tornar depois a voltar ao seu padrão.”* [6G1]. Os participantes deste grupo falaram ainda do DESENVOLVIMENTO INFANTIL como **evolutivo** (*“progredir de um estadio mais simples para operações mais complexas”* [1G1]) e **multidimensional**, com algumas referências a como é **difícil**, **complexo** (*“é um processo muito complexo, [...] nem muitas vezes damos conta da complexidade que ele tem”* [5G1]) e um **desafio**. Estes resultados, corroboram os estudos que têm apontado para a mudança das perspetivas sobre o comportamento e desenvolvimento infantil após a formação em Touchpoints (Brandt, 2013; Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018). Assumimos que a compreensão do desenvolvimento infantil como descontínuo é uma ideia inovadora de Brazelton (Sparrow, 2018), muito característica deste modelo (Brandt, 2013) e que o sustenta (para além doutros elementos). Nesta perspetiva, o desenvolvimento infantil é encarado como não linear, contrariando a visão onde este ocorre por etapas nas quais se adquirem gradualmente determinadas competências. Assume-se, portanto, a existência de momentos previsíveis do desenvolvimento da criança que se caracterizam por regressões nesse desenvolvimento que antecedem novas aquisições desenvolvimentais: os denominados “touchpoints” (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Brazelton & Sparrow, 2003). Se assumirmos, igualmente, que a família é um sistema onde existe um equilíbrio entre todos os seus elementos, percebemos que se um desses elementos se desorganizar isso influenciará toda a família (e.g. Brazelton & Sparrow, 2003), como também já abordamos no capítulo 1. Este excerto de uma entrevista do G1 mostra o que acabamos de afirmar:

“tudo o que aconteça com ela [a criança], seja a nível de desenvolvimento ou seja a nível de qualquer outra situação, vai influenciar o seio familiar. [...] será sempre a criança que irá dar novos ‘inputs’ à família e a família que vai retribuir com novos ‘inputs’ para a criança.” [3G1]

Como explicámos no capítulo 1., estão definidos quinze “touchpoints”, entre a gravidez e os primeiros seis anos de vida da criança, que poderão constituir ferramentas de aproximação dos profissionais aos pais, solidificando a sua relação e criando oportunidades de promover o desenvolvimento infantil e as ligações familiares (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Brazelton & Sparrow, 2003). Haverá especial dedicação ao comportamento da criança e aos sentimentos e reações dos pais perante esse comportamento, emergindo a negociação de estratégias para contornar a desorganização sentida e reforçar o apoio dos profissionais (Brandt, 2013; Singer, 2007). O discurso dos participantes do G1 (11 participantes) também aponta como sendo *papel do enfermeiro **influenciar o desenvolvimento infantil***: *“essa ajuda [do enfermeiro] potencia, sem dúvida, a promoção do desenvolvimento infantil saudável ou favorável” [9G1]*. Com base nos aspetos explanados e nos nossos resultados, podemos assumir que se identificam os conceitos da abordagem Touchpoints nas perspetivas dos participantes com formação nesta área acerca do desenvolvimento infantil.

Embora, como vimos, os enfermeiros do G1 tenham sido os únicos a reportarem-se ao DESENVOLVIMENTO INFANTIL como **descontínuo**, encontramos referências dos outros dois grupos ao desenvolvimento como **multidimensional, evolutivo, individual** (*“[as crianças] desenvolvem-se de forma diferente, mediante cada criança e também cada família” [4G2]*) e **aquisição de competências** (*“tem a ver com o conjunto de habilidades que a criança vai eh adquirindo ao longo deste processo [de desenvolvimento]” [3G2]*). No discurso dos participantes do Grupo 2 encontramos uma grande dispersão pelas diversas categorias de última geração: *“eu penso sempre no desenvolvimento infantil como uma área muito vasta.” [6G2]*. Só neste grupo encontramos referências ao desenvolvimento como **contínuo** (*“é um processo*

contínuo, que sabemos eventualmente quando começa, mas não quando acaba” [4G2]), **dinâmico** (“*é dinâmico porque vai sempre alterando e modificando*” [4G2]) e se processando em **crise** (“*cada fase da, da criança, é uma fase de crise*” [9G2]). Os participantes do Grupo 3 na sua *descrição geral do desenvolvimento infantil* apontam-no **complexo, multidimensional** e assumem que **influencia a família**. Relativamente a este último aspeto são de facto o único grupo de participantes (4 em 9 participantes do G3) a referi-lo: “*o sucesso que a criança vai tendo ao longo do seu desenvolvimento, maior ou menor, influencia sem dúvida a percepção que o pai e mãe têm sobre si próprios nestes novos papéis*” [7G3].

Na sua *descrição geral do desenvolvimento infantil*, os participantes do Grupo 3 parecem incluir algumas “nuances” relacionadas com a abordagem Touchpoints (referem alguns aspetos que encaramos como descrições de forma superficial de conceitos relativos a esta abordagem) na sua visão sistémica do desenvolvimento e de reciprocidade entre a criança e a família nesse processo (“*quando ela [a criança] não ‘tava bem, nós não estávamos bem*” [5G3]; “*num momento de stress [da criança], de alteração do seu equilíbrio, vai haver alteração dos pais*” [8G3]; “*a família cria muitas expetativas em relação ao desenvolvimento [...] e... cria ansiedade*” [6G3]). Mais uma vez, olhamos para estes resultados suportados na formação informal e como pode justificar-se desta forma este entendimento de como à medida que o desenvolvimento da criança (de)ocorre, os pais e o seu bem-estar são afetados. Como exploramos no capítulo 4., a reflexão na e sobre a prática fruto das experiências pessoais e profissionais incorre em aquisição de conhecimentos/ competências, alteração de comportamentos/ ações, mostrando como o saber e o agir no trabalho interagem entre si (e.g., Abreu, 2001; Guimarães, 2000).

Ressalvamos ainda, que só os participantes do Grupo 1 e do Grupo 3 classificaram o desenvolvimento infantil como **complexo**, o que relacionamos com o pouco contacto do Grupo 2 com as especificidades da abordagem Touchpoints no que diz respeito à sua leitura do que é o desenvolvimento.

Em suma, percebemos que os participantes deste estudo reconhecem a

influência do ambiente (familiar e em geral) e das características da criança sobre o desenvolvimento infantil e da reciprocidade entre os dois. Todavia, também se verifica que os participantes dos três grupos descrevem o desenvolvimento infantil de forma distinta. Há referências a elementos particulares do desenvolvimento infantil associados à abordagem Touchpoints que só encontramos no Grupo 1, mas no discurso do Grupo 3 parecem também surgir algumas “nuances” sobre esses aspetos, apelando à relevância da formação em contexto de trabalho na transmissão de conhecimentos acerca desta abordagem.

•Cuidados de enfermagem e relação estabelecida com os pais

Relativamente ao discurso dos participantes sobre o ENFERMEIRO, a referência a *características profissionais do enfermeiro* é vasta, apontando-se várias associadas à **dimensão relacional**, **dimensão pessoal** e **outras**. Os três grupos reportaram-se à **simpatia** como característica de **dimensão pessoal**, à **proximidade**, **saber ouvir** e **disponibilidade** como características de **dimensão relacional** e à **responsabilidade**, ao **valorizar o outro** (“*ser capaz de ler nas entrelinhas, ser capaz de dar valor, reforço positivo daquilo que os pais são capazes de fazer*” [1G1]) e **saber teórico** (“*sem conhecimento também não conseguimos exercer a nossa profissão. Portanto, há que haver a sede da busca constante por informação e nos mantermos atualizados*” [8G2]) como **outras características profissionais do enfermeiro**. Estas duas últimas foram as mais citadas pelos participantes deste estudo. Ser **empático** como característica de **dimensão relacional** foi referida só por participantes do Grupo 1 (3 participantes) (“*nós pegamos nas palavras deles e tentamos pôr-nos muitas vezes no lugar deles*” [1G1]). Nenhum dos enfermeiros do Grupo 1 falou sobre **detetar problemas** (apenas os restantes dois grupos). **Valorizar a paixão** (“*fazer despertar a paixão que aqueles pais vão ter por aquele bebé*” [1G1]), **não prescrever** (“*não dar receitas, nós nunca damos receitas*” [14G1]) e a **acessibilidade** foram apontadas por participantes do Grupo 1 e do Grupo 2. Percebemos que, no geral, o discurso dos entrevistados é variado em relação às *características profissionais do enfermeiro*, sendo que identificamos como

foco aspetos de **dimensão relacional** e de postura em relação ao outro. Nas entrevistas do Grupo 1, denotam-se os elementos relacionados com a abordagem Touchpoints (**valorizar a paixão, não prescrever, empatia, valorizar o outro**). Nas entrevistas dos outros dois grupos encontramos referências ao **detetar problemas** como uma *característica profissional do enfermeiro*, da qual esta abordagem se afasta (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003) (como referimos no capítulo 1., este é um modelo positivo, focado nas forças e nos sucessos), motivo pelo qual associamos a ausência de referências do G1 a esta categoria de última geração. A referência ao domínio do saber do enfermeiro pelos participantes (**saber teórico, saber estar, saber fazer, saber ouvir, saber comunicar**, entre outros) permite-nos remeter para o explorado no capítulo acerca da formação ao longo da vida, onde a descrevemos como necessária para estimular o pensamento crítico e reflexivo do enfermeiro e consequente aquisição de conhecimento e competências (Davis, et al., 2014; Fights, 2012). É também essencial para o crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal (Alves, 2014; Pinheiro, et al., 2014).

No que à *descrição das próprias práticas* diz respeito, os participantes dos três grupos afirmam a sua **disponibilidade e interesse em relação aos pais, a sua preocupação com o recém-nascido/ criança e ir para além do papel tradicional**, entre outras. A maior dispersão verificou-se no Grupo 2. Em relação ao *papel do enfermeiro*, o discurso dos participantes é muito variado e foi novamente no Grupo 2 que encontramos a maior dispersão. Os participantes dos três grupos descrevem o *papel do enfermeiro* como **influenciar o desenvolvimento infantil** (“o importante [...] é promover um desenvolvimento adequado” [9G3]), **apoiar, encaminhamento** (“se não for capaz de responder, fazer o encaminhamento adequado para outros profissionais” [1G1]) e **perceber as necessidades** (“perceber quais são as necessidades daquela família, pensar muito na família e a criança naquele seio familiar” [2G2]). Importa referir que todos os participantes do Grupo 3 se referiram ao *papel do enfermeiro* como **influenciar o desenvolvimento infantil**.

Nos grupos sem formação Touchpoints, encontramos várias referências ao domínio da educação em saúde como *papel do enfermeiro*: **ensinar**, **orientar os pais** (“*eu apenas os oriento, tento orientar, tento dar o meu contributo, levo os meus conhecimentos dizer as opções disponíveis que existem, [...] obviamente que a escolha é deles*” [3G3]) e **promover a autonomia** dos pais (“*sempre pensando na autonomia das famílias, sempre pensando nisso não na substituição, mas na autonomia*” [2G2]). Consideraram também que o enfermeiro deve **ser perito** (“*o enfermeiro é perito na sua área*” [10G2]) e **“dar dicas”** (“*acho que os enfermeiros têm o dever de dar dicas aos pais [...] dar dicas de vez em quando*” [5G3]). A *descrição das próprias práticas* enquanto ENFERMEIRO engloba uma **prática abrangente**, **aproveitar as situações** e **eu informo** (“*a peça fulcral que tu és aos pais de os informar, de os tranquilizar, de lhes explicar, de lhes desmistificar [...] o que é que se passa com o filho deles.*” [1G3]). Falaram ainda em **educação para a saúde** (“*forma os pais e transmite aos pais, às vezes, eh ideias e estratégias*” [1G3]) e em **dar exemplos práticos** (“*mostrar-lhes, dar-lhes exemplos práticos [...] quando surge alguma situação*” [10G2]). Os enfermeiros do Grupo 2 descrevem como *papel do enfermeiro* **ajudar** os pais a conhecer o seu filho e como cuidar dele, salientando a importância de saber como e que tipo de ajuda os pais precisam (“*ajudar os pais a melhor conhecerem, a melhor responderem eh... ao seu filho*” [4G2]) e *descrevem as próprias práticas* na **educação para a saúde** dirigida aos pais. Os enfermeiros do Grupo 3 assumem a importância dos cuidados personalizados, revelando o seu **foco na família** e **preocupação com o recém-nascido/ criança** na *descrição das próprias práticas*. Demonstram, igualmente, a valorização do enfermeiro ao **apoiar** os pais, no sentido de os **ajudar** a compreender o seu filho e o seu comportamento.

Não encontramos referências do grupo de enfermeiros com formação Touchpoints nas categorias de última geração anteriormente descritas. Mas estes participantes foram os únicos a apontar o **empoderamento** dos pais (“*poder dar essa oportunidade, dar essas ferramentas aos pais para que possam ver desabrochar, não é?, ali a flor deles*” [12G1]), **valorizar as forças** (“*valorizar muitos os aspetos positivos, as forças dos pais, e começar por aí não ao*

contrário” [1G1]) e **aproveitar as oportunidades** (“*é essencial para nós podermos agir nos períodos certos, porque a nossa ação, ou mais à frente ou mais atrás já não vai ter o resultado que era esperado*” [11G1]), como *papel do enfermeiro*. Igualmente, foram os únicos na *descrição das próprias práticas* a falar sobre uma **mudança de atitude** (“*fez-me um clique e depois comecei a pensar se calhar aquela leitura que eu fiz daquele cenário [...] Depois quando eu comecei a tentar despir-me daquilo tudo e vi quais são as dificuldades*” [1G1]) e em **envolver os pais** (“[os pais] *que estejam um bocadinho renitentes nalgumas situações tentar peraci-los*” [3G1]). Nas suas palavras, é importante que o enfermeiro “*se associe aos pais*” [13G1] e que seja “*um elo, um mediador também a ajudar os pais a interpretar os sinais que a criança revela*” [8G1], apontando para aspetos da RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO. Importa referir que nenhum participante deste grupo se referiu ao **prestar cuidados antecipatórios** como *papel do enfermeiro* (apontado por 5 participantes do Grupo 2 e 2 do Grupo 3).

Os resultados que acabamos de expor mostram características dos discursos dos participantes com formação Touchpoints e aqueles sem essa formação. A valorização do domínio da educação para a saúde está presente nas palavras dos grupos 2 e 3 e nas palavras do Grupo 1 percebemos a integração de elementos-chave da abordagem Touchpoints, nomeadamente os que sustentam os seus Princípios e Pressupostos. Como veremos no subcapítulo 8.3., algumas destas categorias estão também associadas a Princípios e Pressupostos parentais do modelo Touchpoints o que mostra a sua integração nas práticas e perspetivas dos enfermeiros após a formação. Este modelo assume uma verdadeira disponibilidade para com e valorização dos pais (considerando as suas forças e encarando-os como os principais cuidadores e especialistas na criança) (Sparrow, 2014). É crucial que o profissional tenha consciência de si próprio e das perspetivas do outro para uma verdadeira parceria nos cuidados à criança (Sparrow, 2014). Estes aspetos são paralelos a uma mudança de paradigma, onde a perspetiva clínica focada nos problemas é substituída por uma perspetiva positiva e as práticas prescritivas são substituídas por outras mais colaborativas (Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2013). A abordagem

Touchpoints, enfatiza também os cuidados antecipatórios, não como conselhos ou dicas de especialistas, mas sim como um diálogo entre pais e profissionais acerca de sentimentos, reações, desafios e sucessos nos cuidados à saúde. Pretendem preparar os pais para as mudanças no desenvolvimento e prever as suas reações/ sentimentos nesses momentos. Este é um elemento central desta abordagem, pelo que se torna importante refletir por que no G1 não encontramos referências a **prestar cuidados antecipatórios**. Percebemos, no entanto, que estes participantes foram os únicos a apontar os **cuidados antecipatórios** como **característica específica** do MODELO TOUCHPOINTS, identificando-os como um elemento central e característico deste modelo (como descrito no subcapítulo 1.1.). Uma possível razão prende-se com a definição que acabamos de expor: ao analisar as palavras dos enfermeiros sem formação Touchpoints quando falam em **prestar cuidados antecipatórios**, percebemos que se referem a *“ajudar os pais a prepararem-se para aquela situação”* [2G2] mas sempre na lógica já referida de **ensinar** e **orientar os pais**. As ideias de **valorizar as forças** estão pouco patentes neste discurso, algo que verificamos nos participantes com formação Touchpoints. Com base nestes aspetos, assumimos que os participantes do G2 e G3 falam sobre **prestar cuidados antecipatórios**, mas que, olhando para a globalidade do seu discurso, não integram este conceito como o descreve a abordagem Touchpoints: *“se o enfermeiro... e... conseguir encaminhar o pensamento dos pais para as necessidades que vão ser no pós-alta daquele recém-nascido”* [8G3]; *“saber ehm se aquela família precisa de ajuda para passar aquela situação que é expectável, ou não, se se tem recursos suficientes para a própria família de uma forma autónoma ultrapassá-la”* [2G2].

Percebemos, portanto, que os cuidados antecipatórios são uma intencionalidade na assistência de enfermagem, pois os três grupos lhes fazem referência. Na CIPE®, inclusivamente, encontramos a seguinte descrição de “Orientar antecipadamente: Orientar: encaminhar as pessoas sobre assuntos de saúde antecipadamente a um evento” (International Council of Nurses, 2020, p. 92). A abordagem Touchpoints assume os cuidados antecipatórios como um dos seus elementos centrais, o que nos impele a considerar que o seu conceito à luz desta abordagem é facilmente integrada pelos enfermeiros (tal como as referências do

G1 aos **cuidados antecipatórios** como **característica específica** do MODELO TOUCHPOINTS elucidada). O proposto é perac-los na prática para além de antecipar o que vai acontecer e/ou no sentido de preparar (apenas em termos de conhecimentos e habilidades) os pais, mas sim também integrar as suas reações, no fundo o seu “eu” enquanto pessoa e pais – o que para eles será mais fácil, mais difícil, mais adequado à sua dinâmica, levá-los a pensar como reagirão quando acontecer e não só o que têm de fazer quando acontecer (como já expusemos no subcapítulo 1.1.) – e nisto os Princípios e os Pressupostos Parentais têm um papel especial. Ou seja, percebemos que o discurso do G1 integra nos cuidados antecipatórios os elementos relacionais (pais-filhos, pais-enfermeiro) assim como a valorização das forças/ sucessos dos pais estão presentes – o que não é tão evidente no G2 e G3.

Sobre a relação estabelecida com os pais, os participantes dos três grupos apontaram várias *características da relação pais-enfermeiros*, sendo aquelas mais referidas a **confiança**, **transmissão de conhecimento** e **empatia**. A *descrição da própria relação* dos entrevistados é também variada e a maior dispersão nas categorias de última geração foi no Grupo 3. Encontramos na *descrição da própria relação* referências dos três grupos às **vivências dos pais** e ao **ser disponível**.

Ambos os grupos de participantes sem formação Touchpoints falaram sobre a valorização das **vivências dos pais** no seu relacionamento com eles, no sentido de **promover a autonomia dos pais** (“ *perac-los o mais aptos e o mais independentes possível*” [6G3]), numa relação que deve assentar na **comunicação**, **capacitação** e **segurança** dos pais em relação ao enfermeiro. O Grupo 2 foi o que mais abordou (dos três grupos) as questões relacionadas com a **transmissão de conhecimento** (“[os enfermeiros] *como os detentores de informação que eles [os pais] precisam, e eu acho que somos*” [9G2]) e a **capacitação** dos pais (“*somos nós que transmitimos a eles muitas bases para depois eles desenvolverem a experiência que têm*” [9G2]). A sua *descrição da própria relação* sublinha a valorização das **vivências dos pais** e as suas necessidades enquanto pais, nomeadamente, através do **“adaptar a minha**

linguagem” (*“também temos que adaptar a nossa linguagem [...] aquilo que dizemos à pessoa”* [10G2]) e **“pôr-me no lugar do outro”** (*“acho que se a gente se puser um bocado no lugar de, de quem está -não é- do outro lado, se calhar nós vemos as coisas logo de outra forma”* [6G2]) para conhecer e compreender as experiências anteriores como pais, o comportamento da criança e o seu contexto. Os participantes do Grupo 3 revelam um discurso onde a **confiança** e o **envolvimento** (*“tento sempre peraci-los, tento sempre que eles tenham um papel ativo nem que seja na tomada de decisão”* [3G3]) foram dos aspetos mais referidos como *característica da relação pais-enfermeiro*. Remetem para a importância que dão ao **estabelecer confiança** na *descrição da própria relação*, para que haja **segurança** dos pais em relação aos cuidados que os enfermeiros prestam aos seus filhos e para **promover a autonomia dos pais** naqueles prestados por si.

O contributo dos cuidados centrados na família e da parceria nos cuidados de enfermagem são reconhecidos pelos enfermeiros das áreas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (e.g., Casey, 2010; Sundal & Vatne, 2020; Yoo, et al., 2020). Assim, como os dados que acabamos de apresentar mostram, cuidados adequados às necessidades da criança e sua família, assumir os pais como principais cuidadores, relações colaborativas, confiança e respeito são aspetos reconhecidos pelos enfermeiros nos seus relacionamentos com as crianças e suas famílias (Casey, 2010; Duffy, 2010; Harrison, 2010; Ribeiro, et al., 2015). A família é, então, considerada uma constante na vida da criança e os pais são vistos como parceiros nos cuidados, o que implica que o contexto familiar, o envolvimento dos pais nesses cuidados e nas decisões com eles relacionadas, bem como, a sua vontade em fazerem parte desse processo e os seus conhecimentos são sempre valorizáveis (Casey, 2010; MacKean, et al., 2005), como também está patente no discurso dos participantes sem formação Touchpoints.

Os enfermeiros do grupo com formação Touchpoints parecem focar-se mais nas *características da relação pais-enfermeiro* assentes na **parceria, confiança** e **respeito** e a sua *descrição da própria relação* com os pais assenta em

estabelecer confiança e na valorização das **vivências dos pais**. Encontramos nestes participantes um discurso que mostra a *valorização dos pais e suas vivências* não só pelas referências às **vivências dos pais** com o intuito de compreender o contexto e os seus pontos de vista (*“é com base nas vivências dos pais que depois nós podemos estabelecer a relação e uma aliança”* [8G1]) mas também à relação de **parceria** entre eles e enfermeiros nos cuidados à criança. Esta relação de **parceria** é entendida com foco no bem-estar da criança e como um caminho que criança, pais e enfermeiro percorrem em conjunto (*“a parceria, quer dizer, só é bom porque é bom para os parceiros e assume-se que os parceiros ganham os dois”* [2G1]) e aos **pais como peritos** dos seus filhos (categoria que apresentamos ao longo deste capítulo).

Embora os conceitos de cuidados centrados na família e de parceria nos cuidados não sejam novos para a disciplina de enfermagem (e.g., Duffy, 2010; MacKean, et al., 2005), a abordagem Touchpoints traz uma nova perspetiva sobre o papel dos profissionais e suas práticas, bem como para a relação entre eles e os pais/ cuidadores. Esta abordagem, como temos vindo a defender, assenta na promoção do desenvolvimento infantil, mas também na promoção da relação pais-criança, pais-profissional, criança-profissional (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2014, 2018). A intenção dos profissionais será estabelecer uma relação próxima com os pais, assente num diálogo acerca de temas relacionados com a saúde e bem-estar da criança que interessam aos pais, com vista à promoção da sensibilidade e responsabilidade parental durante os “touchpoints” (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2018). Estes conhecimentos sobre esta abordagem estão patentes nos discursos dos participantes do Grupo 1 quanto à forma como percebem o desenvolvimento e o comportamento infantil e a relação pais-filhos bem como sobre a relação que consideram estabelecer com os pais, como acabamos de mostrar. Um olhar positivo sobre a relação enfermeiros-pais parece ir de encontro aos trabalhos sobre a abordagem Touchpoints que têm como participantes os pais. Por exemplo, o trabalho de Ayoub & Vele-Tabaddor (2018) refere diversos estudos que revelam perceções positivas dos pais sobre a relação com os enfermeiros com formação Touchpoints, diminuição do stress parental, menor número de

idas às urgências e maior taxa de amamentação. Soares et al. (2016) sustentaram estas percepções positivas dos pais acerca do papel do enfermeiro com formação Touchpoints para o contexto nacional.

Importa acrescentar que os nossos dados relativos à *valorização dos pais e suas vivências* enquanto pais, mostram que os participantes do G1 e do G2 foram os que mais a referiram (41 referências dos participantes do G1, 46 dos participantes do G2 e 23 dos participantes do G3), sendo que os três grupos abordaram os **conhecimentos dos pais** sobre o seu filho e as **vivências enquanto pais** e os enfermeiros do G1 foram os que mais falaram sobre o **“sucesso dos pais”** (*“o enfermeiro tem que valorizar muito os sucessos, tem que valorizar muito ah... aquilo que a família vai conseguindo”* [15G1]).

Anteriormente referimos que a família deve ser entendida como parceira nos cuidados à criança, considerando as vivências e conhecimentos dos pais, procurando peracilos (Casey, 2010; MacKean, et al., 2005). Na mesma linha de raciocínio, o papel do enfermeiro é entendido como de apoio e colaboração e valoriza os pais como verdadeiros parceiros e também recetores de cuidados de enfermagem, para além dos seus filhos (Duffy, 2010). Estas ideias parecem estar presentes, no geral, em todos os grupos de participantes, mas verificamos aspetos que parecem diferenciar principalmente os discursos dos participantes com formação dos sem formação Touchpoints, como fomos apresentando. Por exemplo, embora os grupos 2 e 3 se refiram à importância dos **conhecimentos dos pais**, das **vivências dos pais** e **vivências enquanto pais**, foram os únicos onde alguns participantes consideraram que os **pais não são fonte de conhecimento** sobre o recém-nascido (1 e 3 participantes do G2 e G3, respetivamente). Já os participantes do Grupo 1 foram os únicos a reportarem-se a aspetos que associamos a conhecimentos em Touchpoints, como por exemplo, **reforço positivo**, **“sem julgar”**/ **“mente aberta”** e **papéis flexíveis**, e ainda a referirem-se a outros como **“sucesso dos pais”** e à vivência dos pais na **relação pais e filho** (*“quando estamos a trabalhar as questões das crianças vêm as vivências dos pais, as suas graves dificuldades e isso transporta-se para as relações com os filhos”* [6G1]).

É igualmente relevante referir que apenas um participante deste estudo (pertencente ao G3) se referiu à **negociação** como característica da relação entre pais e enfermeiros, e também apenas um elemento do mesmo grupo abordou **“ter dificuldade”** em estabelecer relação com os pais, nomeadamente no que à comunicação diz respeito. A investigação tem mostrado que os enfermeiros valorizam o treino de habilidades parentais (e.g., MacKean, et al., 2005), o que os nossos dados sustentam, nomeadamente quando os discursos apontam para a **transmissão de conhecimento**, a **capacitação** e **promover a autonomia dos pais**. Mas certos trabalhos referem que os enfermeiros revelam dificuldade em implementar os princípios dos cuidados centrados na família, sobretudo em aspetos relacionados com a carga de trabalho, a comunicação com os pais, a negociação de papéis e de poder (Coyne, 2013; Harrison, 2010; MacKean, et al., 2005; Yoo, et al., 2020). Percebemos que os entrevistados com formação Touchpoints foram os mais defenderam uma relação de **parceria** com os pais (mais de metade dos seus participantes) e mais mostraram a importância que atribuem às **vivências dos pais**, o que nos impele a considerar que integrar estes conhecimentos na prática de enfermagem facilita a implementação de cuidados centrados na família e de verdadeiras parcerias de cuidados. Veremos, mais à frente, que estes resultados mostram uma aprendizagem (processo explicitado no capítulo 4.), como os enfermeiros do G3 serão capazes de sustentar.

Apresentamos, por fim, uma visão mais global da análise dos dados referentes a esta questão de investigação sobre as perspetivas e experiências dos participantes acerca dos cuidados prestados, à relação estabelecida com os pais e às características do recém-nascido.

Olhando para a globalidade do discurso dos participantes acerca dos três temas que expusemos, descreveríamos o discurso dos enfermeiros do Grupo 2 como mais “académico”, focando-se “no que os enfermeiros fazem” e menos “no que eu faço”. Por esse motivo, as suas palavras mostraram um forte POSICIONAMENTO CRÍTICO sobre *políticas de saúde* e sobre *o enfermeiro*. Na sua *descrição das próprias práticas* e *descrição da própria relação* com os

pais referem-se ao domínio da **educação para a saúde (transmissão de conhecimentos, capacitação, orientar e promover a autonomia dos pais)**, ao *valorizar os pais e suas vivências*, mostrando a sua **disponibilidade e interesse em relação aos pais**. Assumem-se, com frequência, como os detentores do conhecimento de que os pais precisam para saberem cuidar dos seus filhos e desenvolverem competências/ habilidades como pais. Este excerto de uma das entrevistas do G2 elucida-nos:

“ajudá-los a conhecer, o seu filho... naturalmente ajudá-los naquilo que são as suas dificuldades. Portanto conseguir identificar as dificuldades e fazer face a essas necessidades. Quer pela, pelo ensino, pela orientação, pelo treino, pela instrução. [...] para uns pais [...] as maiores necessidades acabam numa determinada altura, para outros as coisas prolongam-se. E, portanto, não podemos ter aqui um timing de... dizer “pois agora fechamos a porta, porque as competências deviam estar desenvolvidas”, portanto é esta disponibilidade que temos que ter” [4G2]

Já os enfermeiros do Grupo 3 enaltecem a importância de **apoiar** os pais no exercício do seu papel, sem esquecer as características **individuais** do recém-nascido. Consideram que o enfermeiro pode **influenciar o desenvolvimento infantil** e o seu discurso aponta também para o seu **foco na família e preocupação com o recém-nascido/ criança**, com referências ao **“dar dicas”** e à RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO baseada na **confiança**. Esta citação exemplifica-o:

“[o enfermeiro] com os cuidados que presta, com os ensinamentos que faz àquela família, com a forma como... engloba a família nos cuidados, na vigilância de saúde da criança, acaba por influenciar. [...] o importante daquela criança é promover um desenvolvimento adequado, portanto temos que tentar trabalhar para que as características, ou para que o desenvolvimento do recém-nascido seja... dentro do que nós esperamos.” [9G3]

Os enfermeiros do Grupo 1 apresentam um discurso que consideramos mais focado na *descrição da própria relação* com os pais e o que mudou nas suas

práticas após a formação. Foram o grupo que mais se referiu à valorização dos pais (considerando as referências em categorias como *valorizar os pais e suas vivências*, **vivências dos pais**), à sua **disponibilidade e interesse em relação aos pais** e à RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO como uma **parceria**. Caracterizam os *pais como peritos* nos seus filhos e o enfermeiro é tido como “*um elo, um mediador*” [8G1] dos pais, numa lógica de **parceria** e **envolvimento**. Estas palavras de um dos participantes do G1 demonstra-o:

“nós temos muito a aprender com os pais, ponto. Este modelo [Touchpoints] é um modelo de partilha e portanto o cuidado centrado na família, o cuidado de parceria, isto são sinónimos que andam aqui [...] Faz precisamente gala disso, quer dizer a interação entre pais e profissionais, o ‘empowerment’, a parceria, quer dizer, só é bom porque é bom para os parceiros e assume-se que os parceiros ganham os dois, ganha o profissional a troca e ganham os pais pela troca, pela recomendação, [...] é de facto um caminho de interação, porque repare o cuidado é centrado na família mas o foco é a criança” [2G1]

Acrescentamos também, que a *perceção do reconhecimento profissional pelos pais* é, na generalidade, vista pelos participantes como **positiva**, principalmente no que a **aspetos relacionais** (“*a relação que fica dessa altura eu posso dizer que, [...] eu ainda tenho relações de proximidade e de valorização*” [5G22]) e à **satisfação dos pais** diz respeito (“*eu aqui venho e saio daqui bem-disposta (dizia-me uma mãe), saio confiante que estou a fazer bem*” [1G1]). Estes dados associados aos que apresentamos anteriormente permitem-nos compreender como os participantes percebem a relação entre eles e os pais para além das suas próprias experiências, isto é, como acham que são vistos e valorizados pelos outros, tendo em conta que referem *valorizar os pais e suas vivências*. Apresentamo-los apenas por considerarmos que podem mostrar uma associação entre as práticas e relacionamento dos participantes com os pais com o que os primeiros entendem que é o reconhecimento dos pais pelo seu desempenho. Estes dados em conjunto com o POSICIONAMENTO CRÍTICO dos participantes *sobre o enfermeiro*, nomeadamente sobre a **valorização do**

enfermeiro, permitem considerar que esta associação entre “o que eu faço” e “a valorização do outro do que eu faço” é positiva, como alguns estudos suportam (Soares, 2016; Soares, et al., 2016), pois a maioria dos entrevistados apresenta uma **disponibilidade e interesse em relação aos pais** e uma *valorização dos pais e suas vivências* na sua RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO e revela uma *percepção do reconhecimento profissional pelos pais positiva*. Mas também encontramos referências a uma opinião **ambivalente** (8 participantes do G1, 3 participantes do G2 e 1 participante do G3) (“*eu sinto que o nosso trabalho é reconhecido. Também tenho o outro lado, [...] acho que há pais que não têm, que não nos dão a devida valorização. Acham que o nosso trabalho é, que é muito fácil, que é muito corriqueiro, que é fácil de fazer, e não é*” [11G1]) ou **negativa** (6 no G1, 2 no G2 e 1 no G3) (“*o enfermeiro está pouco disponível e vai pouco ter com a família, aí os pais nem sequer se apercebem muitas vezes da falta que é, ou da necessidade de ter o enfermeiro, portanto aí valorizam pouco o papel do enfermeiro*” [3G1]). Reconhecemos a complexidade dos relacionamentos humanos, onde a relação pais-enfermeiro se enquadra. Assumimos que, enquanto profissionais de saúde, nem sempre as nossas intervenções têm o impacto na população que desejaríamos. O modelo Touchpoints é um modelo relacional e positivo, mas que também admite que nem sempre conseguimos “chegar aos pais”, que todos os profissionais querem ser competentes e têm sentimentos ambivalentes na procura dessa competência profissional, que é construída por tentativa-erro. Enquadramos os resultados sobre a opinião **ambivalente** e **negativa** dos nossos participantes nestes aspetos.

8.2. PERSPETIVAS E EXPERIÊNCIAS DOS PARTICIPANTES QUANTO AO MODELO TOUCHPOINTS

Para responder à questão de investigação B (quais as perspetivas e experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao modelo Touchpoints em geral?), recorreu-se aos dados das entrevistas dos três grupos

de participantes. Procurou-se descrever e perceber o que o seu discurso revelava sobre o modelo Touchpoints em geral. Naturalmente, o discurso dos participantes do Grupo 1 é relevante para estes dados e os participantes sem formação Touchpoints identificaram várias fontes de informação sobre este modelo (os participantes do G3 identificaram os colegas da sua equipa de trabalho e os enfermeiros do G2 fontes oriundas de formação formal, por exemplo). Assim, considerámos as entrevistas dos três grupos na análise e discussão que se segue.

Organizámos, mais uma vez, a resposta a esta questão de investigação por “temas”, e recorreremos principalmente à categoria de primeira geração MODELO TOUCHPOINTS, mas também a outras como DESENVOLVIMENTO INFANTIL, RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO, RELAÇÃO PAIS-BEBÉ, PERÍODO NEONATAL e ABORDAGEM TOUCHPOINTS. Como temos vindo a explorar ao longo deste trabalho, a abordagem Touchpoints caracteriza-se por alguns elementos muito característicos da sua implementação enquanto modelo de desenvolvimento, relacional e de intervenção, como vimos no capítulo 1. Desses, salientamos o desenvolvimento infantil numa lógica sistémica e como descontínuo, que se processa por avanços e regressões que por sua vez afetam também os pais (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003); o recém-nascido como competente e social, ativo nas suas relações com os outros (e.g., Nugent, 2019); os pais como peritos nos seus filhos e a importância do período neonatal na promoção da relação pais e filhos (e.g., Nugent, 2014; Sparrow, 2013); o profissional enquanto suporte da família, numa relação de parceria que deve ser construída com a família com foco na criança e nas forças dos pais (e.g., Sparrow, 2013). Consideramos relevante explorar os discursos dos participantes em relação à sua descrição sobre o modelo nomeadamente em relação a estes aspetos, daí o primeiro tema. O segundo tema surge na intenção de perceber como os participantes se posicionam em relação ao 1º e 2º “touchpoint”, principalmente por este último ser considerado o momento de intervenção por excelência do modelo Touchpoints (e.g., Nugent, 2019), como já referimos várias vezes. As perspetivas dos participantes acerca do contributo do modelo Touchpoints na prática de enfermagem, assumindo que este valoriza a

proximidade entre os profissionais e os pais e que esta terá impacto nas competências parentais e no desenvolvimento da criança (e.g., Soares, et al., 2016), sem esquecer a necessária mudança do foco de atenção dos profissionais das questões de saúde tradicionais para as questões relativas aos cuidados à criança (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003) justifica o terceiro tema.

Evitando redundâncias, relembramos que alguns dados estão apresentados e discutidos neste capítulo.

No final, será apresentada uma breve reflexão geral considerando os três grupos de participantes.

• **Descrição e conhecimentos sobre o modelo Touchpoints**

No sentido de perceber o que sabem os participantes sobre o MODELO TOUCHPOINTS, reportamo-nos às referências acerca da *descrição do modelo Touchpoints* e do *conhecimento sobre o modelo Touchpoints*.

Relativamente ao *conhecimento sobre o modelo Touchpoints*, as suas categorias “filhas” incluem apenas referências dos grupos de enfermeiros sem formação Touchpoints. A maioria destes participantes referiu ter **“ouvido falar”** (5 participantes do Grupo 2 e 6 do Grupo 3) sobre Touchpoints, embora considerassem **“saber pouco”** (5 participantes do G2 e 3 do G3). Revelaram, ainda, ter tido *conhecimento sobre o modelo Touchpoints* em contextos de **formação formal** (6 participantes) (“*oiço falar tanto nas aulas de... da especialidade*” [8G2]), **em conferências** (3 participantes) (“*em congressos [...] dessa temática*” [3G3]), em **contactos com peritos na área** (4 participantes) (“*eu cheguei-me a reunir mais do que uma vez, a pedido do diretor daqui, com o Professor João Gomes-Pedro*” [6G2]) e/ou através de **leituras** (11 participantes) (“*algumas coisas que fui lendo, poucas, mas algumas coisas que fui lendo, na Fundação Gomes-Pedro*” [3G3]) e 10 dos 22 participantes sem formação Touchpoints (3 participantes do G2 e 7 do G3) referem ter ou conhecer um ou mais **colegas com formação** Touchpoints. Os nossos dados revelaram ainda que 3 participantes sem formação Touchpoints (2 do Grupo 2 e 1 do Grupo 3) afirmaram que não conhecem (**“não conheço”**) o modelo Touchpoints. Estes

últimos dados serão abordados com mais detalhe na resposta à questão de investigação D (subcapítulo 8.4.).

No que à *descrição do modelo Touchpoints* diz respeito os participantes apontaram 20 **características gerais do modelo** e 14 **características específicas do modelo**. Destas, as mais referidas pelos participantes dos três grupos foram a **definição de “touchpoints”** como momentos diferentes (“*quais são os pontos chave em cada etapa do desenvolvimento e quais são os fatores decisivos em cada etapa do desenvolvimento*” [2G1]) e o valorizar os pais (“*é uma das mais-valias realmente do modelo dos Touchpoints, é os pais, é fornecer estas ferramentas aos pais*” [12G1]). O grupo que mais se reportou a características do MODELO TOUCHPOINTS (**gerais e específicas**) foi o Grupo 1, onde encontramos referências em 28 das 34 categorias, comparativamente ao Grupo 2 e 3 (15 e 6 categorias respetivamente).

Em relação às **características específicas do modelo** Touchpoints, os participantes do Grupo 1 foram os que mais lhes fizeram referência (72 referências para este grupo, 28 para o G2 e 12 para o G3). Os três grupos referiram o modelo Touchpoints como um **modelo relacional** com impacto na relação pais-enfermeiro (“*pretende ajudar os [...] pais e os filhos, e pretende ajudar os enfermeiros.[...] pretende ajudar os enfermeiros para que também, para ajudar pais e filhos*” [4G2]), o facto de valorizar a criança (“*o foco é a criança, o foco é o desenvolvimento da criança*” [2G1]) e valorizar os pais e apresentaram a **definição de “touchpoints”** como sendo momentos diferentes.

No que diz respeito às **características gerais do modelo**, o Grupo 1 foi novamente o que mais referência lhes fez (46 referências para este grupo, 12 para o G2 e 1 para o G3). A maioria deles é feita com referências **inespecíficas** (“*daí que também ah... eu valorize tanto o modelo, tomar consciência de como é que devemos atuar e treinar*” [15G1]) e não encontramos referências de participantes dos três grupos em nenhuma das categorias de última geração da categoria **características gerais do modelo** Touchpoints. O modelo Touchpoints foi referido como sendo sobre o desenvolvimento por 3

participantes do G2 e 1 do G3; 3 participantes do G1 e 1 do G2 referiram-se ao modelo Touchpoints como um modelo positivo.

Olhando de forma mais detalhada para os grupos de participantes com formação e sem formação Touchpoints, percebemos que são descritas pelos entrevistados do G1 como **características gerais do modelo** e **características específicas do modelo** Touchpoints o valorizar os pais e valorizar a criança, ter pressupostos-princípios (“eu vejo esses pressupostos e princípios do modelo numa perspectiva muito pragmática” [2G1]), ser assente em cuidados antecipatórios (“exige é um olhar focado nas oportunidades de orientação antecipada” [6G1]) e a intervenção (“uma forma de intervenção numa determinada idade, de como é que se reage, como é que não se reage” [7G1]). Estas duas últimas características foram referidas apenas por este grupo. Três participantes do G1 referem-se ao modelo Touchpoints como um modelo positivo, como vimos, e 2 como um “olhar diferente” sobre a família. O MODELO TOUCHPOINTS foi descrito por 1 participante deste grupo como inspirado no modelo bioecológico (“o Bronfenbrenner também fala obviamente nos processos, nos contextos, [...] este modelo clínico de desenvolvimento de abordagem Touchpoints também assume um bocadinho isso” [2G1]), e outro falou na abordagem bioecológica como *Legado_testemunho Brazelton*, apelando para o quadro conceptual que está na sua base (Bronfenbrenner & Evans, 2000), como vimos no capítulo 1.

De assinalar que 4 destes participantes se reportaram às dificuldades na aplicação (“isto não é fácil, [...] requer muito, muito treino, muito, muito treino mesmo” [15G1]) e alguns (3 participantes) consideraram que os conceitos sobre Touchpoints abordados na formação “não eram novidade” nem a primeira vez que ouviram falar deles (“muitas coisas que já não eram novidade, não é? Para nós que trabalhamos em pediatria” [12G1]). A abordagem Touchpoints assume que a sua aplicação significa uma mudança de paradigma, de um modelo deficitário focado em problemas e nas questões tradicionais de doença para um modelo positivo focado nas forças, nas relações e em questões sobre o comportamento da criança que interessam aos pais (e.g., Brazelton & Sparrow,

2003), como afirmamos no início deste subcapítulo e no capítulo 1. Aliás, como abordaremos no subcapítulo 8.4., nos últimos anos, o Brazelton Touchpoints Center introduziu uma alteração de destaque nas formações Touchpoints pelo mundo fora e que diz respeito à prática reflexiva, aumentando marcadamente o tempo a esta dedicado (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018). Procura-se assim apoiar os formandos na aplicação concreta do modelo Touchpoints, e no reconhecimento das particularidades da sua organização e do “aplicar na prática”. Recordamos que os nossos participantes fizeram a sua formação em Touchpoints até 2017, como veremos, segundo o modelo anterior a estas mudanças. Assim, a forma como se posicionaram face às dificuldades na aplicação do modelo poderá estar relacionada com estes fatores. Esta poderá ser também uma razão para referirem que os conceitos **“não eram novidade”**, para além de, como referimos no subcapítulo anterior, o modelo Touchpoints e outros modelos de cuidados centrados na família e de parceria de cuidados partilharem conceções sobre os cuidados aos recém-nascidos e seus pais. Remetemos para o capítulo 4. As perspetivas do contributo da prática reflexiva para o desenvolvimento de competências e aprendizagem dos enfermeiros (e.g., Hébert, 2015).

Quanto aos participantes sem formação Touchpoints, para alguns dos enfermeiros do Grupo 2, as **características gerais do modelo e características específicas do modelo** Touchpoints centram-se no **valorizar os pais, valorizar a criança** e como um **modelo relacional** (“*munir os pais de capacidades para gerir isto de forma holística, não é? Porque vemos aqui a singularidade da criança, mas também a singularidade dos pais*” [1G2]) e **sobre o desenvolvimento**. Quase metade dos participantes do Grupo 3 descreveu-o como um modelo que **valoriza os pais**, com 1 participante deste grupo a reportar-se ao **impacto na relação pais-enfermeiro-bebé** (“*eu sei que tem a ver a relação dos pais com o recém-nascido, e dos momentos dessa relação, interação*” [8G3]).

Globalmente, destacamos que o G1 foi o grupo que mais enumerou **características gerais do modelo e características específicas do modelo**

Touchpoints e o G3 o que menos o fez. Associamos, naturalmente, a formação dos primeiros ao seu discurso sobre este modelo. Quanto ao segundo grupo, recordamos que dele fazem parte o menor número de enfermeiros com formação pós-graduada (no âmbito da Pós-licenciatura em Enfermagem ou Mestrado em Enfermagem – nas quais, como temos vindo a referir, se abordam conteúdos programáticos relacionados com o modelo Touchpoints (Rosas & Xavier, 2017)), pelo que o seu contacto com o modelo parece estar mais associado à formação informal, e, como tal, as suas perspetivas poderão recair sobre aspetos mais relacionados com a ação dos enfermeiros e menos com “conceitos teóricos”, como veremos no subcapítulo 8.4.

•1º “touchpoint” e 2º “touchpoint”

Os três grupos referiram-se à **definição de “touchpoints”** (21 referências do G1, 14 do G2 e 7 do G3). Os enfermeiros do Grupo 1 foram os únicos que se reportaram à sua descontinuidade (9 participantes) (“*a desmistificação de saber que existem descontínuos, não é? [...] o desenvolvimento não era um desenvolvimento linear, e sim um desenvolvimento por degraus*” [11G1]) e os únicos a assumirem que constituem uma regressão (“*no fundo para regredir numa área de desenvolvimento evolui numa ou outra*” [6G1]). Os do Grupo 2 foram os que mais se focaram na definição de “touchpoints” como momentos diferentes e previsíveis no tempo (10 participantes) e 3 participantes deste grupo consideraram que constituem uma oportunidade de intervenção para os enfermeiros (“*orientar, apoiar os pais nos nas dificuldades que algumas são normativas, decorrem do desenvolvimento, certo?*” [1G2]). Já para os participantes Grupo 3, a **definição de touchpoints** assenta em momentos diferentes com 4 entrevistados a citarem-na e 1 participante a referir-se à oportunidade de intervenção.

Estes momentos previsíveis no desenvolvimento infantil, designados de “touchpoints” e caracterizados por momentos de descontinuidade nesse desenvolvimento, fruto do interesse da criança nas suas novas capacidades, representam momentos de intervenção junto da família para os profissionais diminuírem o stress parental e enaltecem as competências dos pais (Sparrow,

2018). Exemplos desses momentos são o 1º e 2º touchpoint. O primeiro destaca a importância das experiências “in pera” no comportamento infantil, reconhecendo igualmente como o contexto interfere com a expressão genética (epigenética) (Sparrow, 2013), e ainda os cuidados antecipatórios numa estratégia de preparar os pais para o que se avizinha com a chegada do filho (Brazelton & Sparrow, 2003). O segundo confere uma oportunidade aos profissionais de apoiarem os pais na adaptação ao recém-nascido e no reconhecimento das suas competências, construindo uma relação pais-enfermeiro sustentada no respeito e na valorização da paixão dos pais pelos filhos (Nugent, 2019).

Em relação ao 1º touchpoint (pré-natal), os dados mostram que apenas os participantes com formação Touchpoints expressaram e sublinharam a **importância do 1º “touchpoint”** (4 participantes): *“a própria relação de pré-vinculação da criança ser trabalhada nessa altura [gravidez] [...] nós temos que fazer despertar sentimentos, fazer despertar a paixão que aqueles pais vão ter por aquele bebé, [...] que vai depois facilitar a relação... prepará-los também [...] para as próprias características de um bebé recém-nascido, que não é aquele bebé idealizado”* [1G1].

Como vimos no capítulo 1., o “touchpoint” pré-natal tem por objetivo conhecer os pais e explorar as suas expectativas em relação ao filho e ao exercício parental (Brazelton Touchpoints Center, 2000, 2016). Os nossos dados mostram que os participantes do G1 integram no seu discurso alguns elementos que se enquadram no 1º “touchpoint”, e associamos a sua formação ao facto de terem sido o único grupo a referir-se à **importância do 1º “touchpoint”**. Desses elementos destacamos que: 2 participantes do G1 abordaram as questões relacionadas com o **bebé imaginário vs. Bebé real**, 1 falou sobre a **genética e meio** como uma **influência mútua entre a criança e os contextos** (*“os genes não são completamente imutáveis, o ambiente exerce uma influência muito grande e pode exercer uma influência muito grande, a o tal exercício epigenético”* [2G1]) e 2 reportaram-se à **importância do período pré-natal** para o DESENVOLVIMENTO INFANTIL (*“o tempo em que o bebé está “in pera”*

obviamente que também é um tempo de conhecimento e de aprendizagem” [1G1]). Ainda sobre estes elementos, 2 participantes do G1 assumiram como **característica do enfermeiro** o **valorizar a paixão**, 3 dos 9 participantes do Grupo 1 que destacaram a **importância da relação pais-bebê** no PERÍODO NEONATAL referiram-se à gravidez como um período que condiciona/ traduz o início dessa relação (*“nós sabemos perfeitamente que há ali um período de conhecimento mútuo, não é? Entre a mãe e o bebê (que já vem de trás)”* [6G1]) e 3 participantes falaram de um modelo de **intervenção** e 4 de **cuidados antecipatórios** na sua *descrição do modelo Touchpoints*. Estes dados apontam para a integração de conceitos relativos ao “touchpoint” pré-natal nas perspectivas dos participantes com formação, mas as poucas referências encontradas podem dever-se a dois fatores: este estudo é focado no período neonatal enquanto momento de intervenção por excelência e como tal o discurso dos participantes foca-se mais no recém-nascido e período neonatal e/ou, como já expusemos no capítulo 4., as formações muitas vezes levam a aprendizagens diferentes para cada um dos formandos relacionadas com o significado que eles atribuem às experiências profissionais e/ou aos conceitos teóricos e sua aplicabilidade na sua realidade e os nossos participantes são enfermeiros acima de tudo da área da saúde infantil (ver Apêndice B). Salientamos, que alguns enfermeiros do Grupo 2 (4 participantes) referiram-se ao que descrevemos na categoria **1º “touchpoint” em geral**, considerando que o período pré-natal é relevante para a relação pais-bebê e como poderia/ deveria ser enaltecido (*“começa mesmo na, mesmo na gravidez. Penso que é de extrema importância, o vínculo que criam com a mãe, com o pai, mesmo quando, ainda está no útero”* [12G2]). Nenhum destes enfermeiros, contudo, se reporta ao MODELO TOUCHPOINTS como um modelo de **intervenção** ou identifica como **característica específica do modelo** os **cuidados antecipatórios**, nem há referências à **genética e meio** como uma **influência mútua entre a criança e os contextos**. Mas encontramos no discurso destes enfermeiros referências ao **bebê imaginário vs. Bebê real** (1 participante), à **importância do período pré-natal** para o DESENVOLVIMENTO INFANTIL (4 participantes) para além de outras referências mais gerais e ocasionais ao longo das entrevistas acerca da gravidez (*“cada vez, não só a*

literatura reforça, mas tenho essa consciência que o desenvolvimento pré-natal é marcante” [3G2].

Em relação ao 2º *touchpoint* (recém-nascido), os dados mostram que apenas os participantes com formação Touchpoints expressaram e sublinharam a **importância do 2º “touchpoint”** para a prática de enfermagem enquanto oportunidade de intervenção, de reforço da relação pais-enfermeiro e como contributo para o papel parental (10 participantes): *“e é isso que também é importante, nós também já começamos a perceber qual é o padrão de comportamento daquele bebé, para que enquanto eles estão na obstetria por exemplo, já terem uma ideia de como eles podem ajudar aquele bebé a autorregular-se para depois quando chegarem a casa não fiquem todos desorientados.” [1G1].*

Alguns participantes dos outros dois grupos (3 participantes do Grupo 2 e 3 do Grupo 3) referiram-se ao **2º touchpoint em geral**, nomeadamente como o período neonatal pode ser complicado para os pais, como é importante para os recém-nascidos e como os enfermeiros podem/ devem apoiar as famílias ao longo desta fase: *“[os enfermeiros] podem facilitar a aquisição de conhecimentos de competências [dos pais], podem facilitar a própria adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, podem ehm facilitar toda esta transição para a parentalidade, ehm de uma forma positiva e de uma forma ehm, competente e responsável” [3G3].*

Como vimos anteriormente, e exploramos com mais detalhe no capítulo 2., o período neonatal é fulcral para o desenvolvimento infantil e para as relações entre pais e filhos (e.g., Nugent, 2013). A abordagem Touchpoints destaca-o como uma oportunidade de intervenção para os profissionais junto dos pais e bebé (e.g., Nugent, 2019). Acabámos de referir nos parágrafos anteriores que os participantes do Grupo 1 falam sobre o MODELO TOUCHPOINTS como um modelo de **intervenção**, assente em **cuidados antecipatórios**. No subcapítulo 8.1. vimos também que os participantes do Grupo 1 focam-se mais na **importância do período neonatal para a relação pais-bebé** e **para a intervenção**, em comparação com os outros dois grupos, e reportam-se aos **pais**

como peritos (como apresentaremos no capítulo seguinte). Para além disso, no subcapítulo 8.1., mostramos igualmente que todos os participantes do G1 falaram sobre o recém-nascido como **ser social** que tem influência sobre os outros e foram também estes participantes os que mais referiram a **utilização do comportamento como linguagem** do bebé na *descrição das próprias práticas* enquanto ENFERMEIRO e como *característica do enfermeiro* **valorizar a paixão**. Percebemos, novamente a integração de vários elementos relativos à abordagem Touchpoints no discurso dos enfermeiros com formação Touchpoints em comparação com os sem essa formação, como este excerto de uma entrevista de um desses participantes exemplifica:

“os pais ao conhecerem e perceberem, ao estarem sensíveis aos sinais da criança e responderem de acordo com os sinais que a criança emana, pronto, estão a promover o desenvolvimento. Dá-lhes segurança e confiança.” [8G1]

Associamos, mais uma vez, a formação Touchpoints e a aprendizagem destes entrevistados a estes dados. Os aspetos relacionados de forma mais detalhada com a *formação em Touchpoints*, nomeadamente a **formação do próprio**, são remetidos para o subcapítulo 8.4.

• Contributos do modelo Touchpoints

No que concerne ao *contributo do Modelo Touchpoints para a própria prática*, encontramos referências do Grupo 1 e do Grupo 2 à **complementação** que o modelo traz para a prática (5 participantes do G1 e 2 do G2) (“*complementou muitas coisas e deu-me outras ferramentas que eu não tinha antes*” [1G1]), ao modelo Touchpoints como um **referencial de enfermagem** (2 participantes do G1 e 1 do G2) (“*ajuda bastante na medida em que, [...] o modelo, o modelo ou a filosofia Touchpoints, encontra-se na perfeição!*” [7G1]) e para **valorizar a família** (2 participantes do G1 e 1 do G2).

Encontramos referência do Grupo 1 e do Grupo 3 para a **mudança de perspetiva** (6 participantes do G1 e 1 do G3) inerente ao modelo Touchpoints

“eu depois de sair da formação eu tinha uma certeza: a minha abordagem às famílias tinha de ser uma abordagem diferente” [15G1].

Os nossos dados mostram também que os participantes do Grupo 1 foram os únicos a reportarem-se ao **desenvolvimento não linear** (2 participantes) (*“chamar a atenção que o desenvolvimento da criança não é uma coisa linear” [13G1]*) como *contributo do Modelo Touchpoints para a própria prática*. O seu discurso elucida igualmente como descrevem este contributo na sua *descrição das próprias práticas* enquanto ENFERMEIRO, na *descrição da própria relação PAIS-ENFERMEIRO*, na *descrição geral do desenvolvimento infantil* e na enumeração de características da RELAÇÃO PAIS-BEBÉ, como vimos no subcapítulo 8.1. Relembramos, para já, que este grupo de participantes foi o que mais referiu *valorizar os pais e suas vivências*, a sua **disponibilidade e interesse em relação aos pais**, a RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO como uma **parceria**, os *pais como peritos* nos seus filhos, estar disponível para **ir para além do papel tradicional**, à **utilização do comportamento como linguagem** do bebé, a **valorizar a paixão** entre pais e filhos e à **mudança de atitude** na sua prática. Investigações sobre a formação Touchpoints têm revelado que os profissionais que a realizaram mostram mais capacidade em envolver os pais e promover o desenvolvimento infantil (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018). Este excerto evidencia alguns destes aspetos:

“Aquilo que me ficou mais marcado na formação dos Touchpoints foi, para além do compreendermos a criança em cada uma das idades, [...] foi o nós considerarmos, ao longo da formação, considerarmos que não existem pais perfeitos nem pais totalmente imperfeitos; que todos os pais, todos os cuidadores têm os seus pontos positivos e os seus pontos negativos...” [3G1]

Segundo os conceitos desta abordagem, também já largamente explanados ao longo deste documento, até aos três anos falamos de momentos cruciais para os profissionais reforçarem as suas relações com os pais de uma forma positiva e baseada em sucessos, promovendo os conhecimentos dos últimos sobre o desenvolvimento infantil e enaltecendo a sua mestria enquanto pais (Ayoub &

Vele-Tabaddor, 2018). As referências dos participantes do Grupo 1 ao modelo Touchpoints como um modelo positivo e de intervenção, um **modelo relacional** e de **parceria** que valoriza os **“sucesso dos pais”** (“[o enfermeiro] é capaz de festejar com eles [os pais] quando [...] eles são bem-sucedidos” [1G1]), corroboram estes aspetos. Estas palavras de um participante do G1 mostram-no:

“Este modelo é um modelo de partilha e, portanto, o cuidado centrado na família, o cuidado de parceria [...] Portanto, isto é, é de facto um caminho de interação” [2G1]

Estes participantes posicionam-se ainda em relação a outros contributos dos Touchpoints. Um deles falou igualmente do contributo do Modelo Touchpoints para a vida pessoal (“isso depois também serviu para mim, para a minha própria família, para os meus próprios filhos” [15G1]) e 5 deles sobre o contributo do Modelo Touchpoints para a mudança dos pais (“os pais lembram-se perfeitamente daquelas coisas, como os indicadores antecipatórios da socialização ou da visão ou da audição, [...] eles lembram-se perfeitamente porque mexemos com a emoção, mexemos com a afetividade” [7G1]).

Como vimos, alguns dos participantes sem formação também advogaram o contributo do Modelo Touchpoints para a própria prática (4 participantes do Grupo 2 e 1 do Grupo 3): “quem lida com estas coisas e pretende-se tornar-se um enfermeiro que ajude os pais, que lide desde logo com os pais nesta situação, parece-me ter que saber mais. E este é um modelo que nos ajuda a saber mais.” [4G2].

Um deles também abordou o contributo do Modelo Touchpoints para a mudança dos pais: “se me influenciou a mim, influenciou a uma pessoa que se calhar ‘tava a ser pai pela primeira vez” [8G3]. Este resultado levou-nos a ponderar que a abordagem Touchpoints pode ser reconhecida por enfermeiros que não tenham realizado formação nesta área, mas que tenham tomado conhecimento dos seus elementos e conceitos através de formação formal, não-formal ou informal.

Globalmente, ao analisar o discurso dos participantes ao longo destes três temas, percebemos que os participantes dos três grupos demonstram conhecer o modelo e identificar as suas **características gerais e específicas**. Salienciamos que 4 participantes (1 do G1, 2 do G2 e 1 do G3) sustentam que se identificam (*“Eu identifico-me*) com a ABORDAGEM BRAZELTON (*“porque me identifico com muitas coisas [do modelo Touchpoints]”* [7G3]). Naturalmente, no que consideramos ser fruto da sua formação, os participantes do Grupo 1 são os que mais se posicionam sobre as **características gerais do modelo** e as **características específicas do modelo** Touchpoints, evidenciando-se no seu discurso os elementos mais centrais deste modelo. Foram os únicos a falar sobre “touchpoints” como regressão e a descrever o modelo como um modelo de intervenção assente em cuidados antecipatórios. Foram igualmente os que mais abordaram o MODELO TOUCHPOINTS como um modelo positivo centrado na família e com pressupostos-princípios (só um participante do G2 também citou estes elementos) e os únicos a abordar a descontinuidade como definição de “touchpoints”. A maioria dos participantes com formação Touchpoints abordaram a importância do 2º “touchpoint”. Foram também aqueles que mais defenderam o *contributo do Modelo Touchpoints para a própria prática*, destacando a mudança de perspetiva como um desses contributos. Entendemos também que a referência a vários aspetos centrais do modelo Touchpoints no seu discurso, como este capítulo de análise e discussão dos dados mostra, aponta para a sua integração no modo de pensar e de agir dos enfermeiros após a formação nesta área.

8.3. PERSPETIVAS E EXPERIÊNCIAS DOS PARTICIPANTES QUANTO À UTILIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E PRESSUPOSTOS PARENTAIS CONSTITUINTES DO MODELO TOUCHPOINTS

Na resposta à questão de investigação C (quais as perspetivas e as experiências dos enfermeiros com formação no modelo Touchpoints quanto aos Princípios e Pressupostos que este modelo integra?) foram consideradas as entrevistas do Grupo 1, assumindo-se a familiaridade destes participantes com os Princípios e

Pressupostos parentais que integram o modelo Touchpoints. A formação Touchpoints – que estes participantes realizaram – aborda estes Princípios e Pressupostos, elencando-os, descrevendo-os e trabalhando-os de forma a que os formandos possam operacionalizá-los e integrá-los na sua prática e intervenção, utilizando-os como orientadores e guia na relação e interação com as famílias (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018). Para além dos Princípios e Pressupostos Parentais, existem igualmente Pressupostos Profissionais que apoiam a utilização dos primeiros e que apresentámos no capítulo 1. Contudo, na resposta a esta questão de investigação não foram incluídos por considerarmos que os Princípios e Pressupostos parentais são bastante elucidativos dos elementos centrais da abordagem Touchpoints, refletindo-se nas intenções dos profissionais ao atuarem junto das famílias, seja na escolha das palavras, nas suas atitudes e/ou estratégias de intervenção. Dada a especificidade e particularidade desta abordagem enquanto intervenção que valoriza o recém-nascido, a relação pais-filho e a relação pais-criança-profissional, a formação Touchpoints é apenas ministrada em Centros Touchpoints certificados (como a Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família). Assim, consideramos como ponto de partida que apenas os participantes com formação nesta área serão capazes de se reportar aos seus Princípios e Pressupostos na sua plenitude, associando a sua experiência pessoal à operacionalização e aplicabilidade destes. Significa, portanto, que na resposta a esta questão de investigação se pretende ir mais além da referência ao modelo Touchpoints ou ao que o constitui/ caracteriza no geral (o que foi explorado na questão de investigação B). Pretende-se, sim, explorar de que forma os “pilares” desta abordagem são aplicáveis no dia-a-dia dos participantes que se formaram nesta área e como eles vivenciam essa utilização. Embora não procurássemos explorar a utilização dos Princípios e Pressupostos do modelo Touchpoints noutros grupos pelas razões apontadas, questionámo-nos se os processos de formação informal de alguma forma permitiriam que estes fossem evidentes nas práticas dos enfermeiros com formação Touchpoints de tal modo que, nas suas equipas, aqueles sem essa formação fossem capazes de os identificar nos cuidados prestados pelos seus

colegas. Reconhecendo a relevância da formação informal para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros (e.g., Gopee, 2002), estávamos abertos a que tal acontecesse, e exploraremos esta possibilidade na resposta à questão de investigação D.

Na resposta a esta questão de investigação, centrar-nos-emos mais na globalidade dos discursos dos entrevistados com o intuito de mostrar a integração dos Princípios e Pressupostos Touchpoints nas suas perspetivas e descrições. Optámos por não repetir dados referentes à frequência de citações e participantes já indicadas noutros pontos deste capítulo e que também se encontram no Apêndice F. Olhamos então, na organização desta resposta, inicialmente para as descrições relacionadas com os Princípios e Pressupostos parentais e depois para a utilização de cada um deles em particular. Finalizamos apresentando uma reflexão geral sobre a utilização destes Princípios e Pressupostos parentais na perspetiva dos participantes com formação Touchpoints.

Quando se iniciou a análise dos dados relativos a esta questão de investigação, percebeu-se que as descrições relacionadas com os Princípios e Pressupostos parentais do modelo Touchpoints estavam “dispersas” no discurso dos participantes do Grupo 1. Quer isto dizer, que não foi apenas na categoria MODELO TOUCHPOINTS que encontramos estas referências (nesta, verificaram-se referências dos participantes do G1 aos Princípios em 15 das suas categorias de última geração e aos Pressupostos parentais em 5 categorias de última geração). De facto, percebemos que em várias categorias de última geração associadas a oito categorias principais (para além da categoria MODELO TOUCHPOINTS) se identificavam descrições sobre estes Princípios e Pressupostos parentais. Especificamente, encontramos referências aos Princípios em categorias de última geração da categoria ENFERMEIRO (24 categorias), RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO (18 categorias), PERÍODO NEONATAL (15 categorias), POSICIONAMENTO CRÍTICO (10 categorias), DESENVOLVIMENTO INFANTIL (8 categorias), RELAÇÃO PAIS-BÉBÉ (7 categorias), FORMAÇÃO PROFISSIONAL (4 categorias), ABORDAGEM

BRAZELTON (1 categoria). Acerca das referências aos Pressupostos parentais, encontramos-as em categorias de última geração da categoria RELAÇÃO PAIS-BÉBÊ (14 categorias), ENFERMEIRO (9 categorias), RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO (8 categorias), PERÍODO NEONATAL (3 categorias), DESENVOLVIMENTO INFANTIL (2 categorias), POSICIONAMENTO CRÍTICO (1 categoria). Percebemos, portanto, que as categorias que mais englobam o discurso dos enfermeiros com formação Touchpoints acerca dos Princípios e Pressupostos parentais são, respetivamente, RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO, ENFERMEIRO e MODELO TOUCHPOINTS e que encontramos maior dispersão no discurso destes participantes acerca dos Pressupostos parentais (referidos em 102 categorias de última geração, comparativamente às 42 categorias onde encontramos referências aos Princípios). Aquela que abrange a maior parte do discurso relativo apenas aos Princípios é a categoria ENFERMEIRO e relativamente aos Pressupostos parentais é a RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO.

Os Princípios e Pressupostos parentais do modelo Touchpoints apoiam na operacionalização da intervenção dos profissionais, permitem uma reflexão por parte do profissional sobre a sua prática e, simultaneamente, uma postura em relação aos pais que sustentará uma verdadeira parceria em benefício do desenvolvimento da criança (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Hornstein, 2014). Como vimos no capítulo 1., os Princípios do modelo Touchpoints procuram servir de orientação para criar uma relação de parceria com os pais. Assim, constituem estratégias relacionais que os profissionais aplicam no seu relacionamento com as crianças e famílias e que visam, igualmente, à sua reflexão sobre a sua prática (e.g., Hornstein, 2014). Os Pressupostos parentais, por seu lado, referem-se a atitudes positivas dos profissionais em relação aos pais, sem procurarem definir o que se espera deles, mas sim uma escolha dos profissionais em assumir o que os pais sentem/ representam (e.g., Hornstein, 2014).

Deste modo, compreendemos que as categorias de última geração associadas às categorias RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO e ENFERMEIRO sejam, para além das relativas aos discursos sobre o MODELO TOUCHPOINTS, as mais

frequentes pois espelham a integração dos conceitos dos Princípios e Pressupostos parentais no pensar e agir dos enfermeiros. Percebemos também que o discurso dos participantes do Grupo 1 relativo aos Princípios surge associado a categorias de última geração às quais conseguimos reportar-nos quase imediatamente para esses Princípios (por exemplo, **ir para além do papel tradicional, utilização do comportamento como linguagem, valorizar a paixão**), o que pode sustentar o menor número de categorias que enumeramos. Na mesma lógica, assumimos que os Pressupostos parentais são referidos num maior número de categorias por serem orientadores de uma postura positiva em relação aos pais – onde os profissionais procuram focar-se no que eles sabem, sentem e no seu papel determinante no desenvolvimento do filho, como temos vindo a expor ao longo deste trabalho – e portanto surgem em vários domínios (por exemplo, *descrição das próprias práticas, descrição da própria relação com os pais, descrição geral do desenvolvimento infantil, pais como peritos*). Como acabamos de referir e também vimos no capítulo 1., os Princípios orientam para a relação do profissional com os pais e os Pressupostos parentais para a postura positiva do profissional em relação aos pais, pelo que, consideramos curioso ter percebido que os primeiros têm maior número de referências na categoria ENFERMEIRO e os segundos na categoria RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO quando poderíamos esperar o inverso. Como exploramos no capítulo da transição para a parentalidade como foco de atenção de enfermagem, facilitar a transição dos pais para um novo papel, a integração de um novo elemento, o ajustamento à nova realidade e a incorporação de tudo o que envolve este processo exige que o enfermeiro se foque em aspetos relacionais da sua prática para que possa emergir como um verdadeiro apoio para os pais numa transição saudável (e.g., Meleis, et al., 2000; Mercer, 2004). Meleis & Trangenstein (2010) defendem a posição privilegiada que os enfermeiros ocupam na facilitação das transições. As mesmas autoras afirmam que os processos de transição emergem como um foco de atenção de enfermagem fruto das práticas dos enfermeiros e das necessidades em saúde dos indivíduos. Kralik, et al. (2006) reforçam que um suporte maior de outros facilita a gestão dos processos de transição. Por estes motivos, assumimos que os participantes deste grupo

integram o papel do enfermeiro na transição para a parentalidade, refletindo-se estes aspetos nas suas referências ao ENFERMEIRO e também no foco relacional da abordagem Touchpoints (daí que aqui estejam aqui o maior número de referências aos Princípios). Recorremos às palavras de um destes entrevistados para o sustentar:

“A profissão [de enfermagem] é uma profissão de relação e como tal eu não tenho que centrar, enquanto enfermeiro, aquilo que é o projeto de saúde daquela família, eu tenho que ser capaz de organizar com aquela família ou ajudar aquela família a organizar o seu projeto de saúde e dar resposta em função das necessidades” [16G1]

Seguindo o mesmo raciocínio, os Pressupostos parentais orientam para as atitudes em relação aos pais, que muitas vezes se refletem nos aspetos da RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO, o que pode sustentar este resultado. Como um dos participantes afirmou:

“Os pais são, enfim à partida, os melhores conhecedores do seu filho. [...] então eu vou deixá-los falar deixá-los realmente expor todas as suas ideias e dúvidas e depois irei intervir conforme achar que posso colmatar alguma situação específica” [13G1]

Para apoiar a organização da resposta à presente questão de investigação, recorreu-se ao software informático, nomeadamente a algumas das funcionalidades que este possibilita. Assim, as consultas (resultados dos “queries”) com as matrizes (resultados das “coding matrices”) e os conjuntos (resultados dos “sets”) realizadas suportam a identificação das relações entre os dados (alguns exemplos podem ser encontrados no Apêndice G). Mostra-se, desta forma, como os conceitos relacionados com os Princípios e Pressupostos parentais estavam tão presentes no discurso destes participantes, expondo como se tornaram parte das suas descrições e reflexões sobre os cuidados que prestam. As suas entrevistas evidenciam a influência destes Princípios e Pressupostos Touchpoints nas suas práticas e conhecimentos, nomeadamente na relação entre os enfermeiros e os pais e na sua descrição do desenvolvimento

infantil, do comportamento da criança e da relação pais-filho. O que acabámos de descrever fica patente na tabela seguinte. Considerando os Princípios e Pressupostos parentais Touchpoints, a Tabela 7. Apresenta alguns exemplos de sistematização da identificação das categorias em que o discurso dos participantes do Grupo 1 foi codificado, integrando exemplos elucidativos de citações desse discurso. A cada Princípio e Pressuposto parental associamos um exemplo de um excerto das entrevistas do Grupo 1 e as categorias onde esse discurso foi codificado (apresentando as categorias de última geração e as de geração anterior a que estão associadas).

Tabela 7.

Categorias principais e suas subcategorias relacionadas com os Princípios e Pressupostos parentais e exemplos de citações dos participantes (G1).

Princípios ou Pressupostos parentais	Citações	CATEGORIA PRINCIPAL/ subcategorias
Valorize e compreenda a relação estabelecida entre si e os pais	<i>“Porque é com base nas vivências dos pais que depois nós podemos estabelecer a relação e uma aliança.”</i> [8G1]	RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO/ <i>valorização dos pais e suas vivências/ <u>vivências enquanto pais</u></i>
	<i>“Vendo também o que eles estavam a fazer com aquele bebê que tinham ali e a dar-lhes esse feedback”</i> [1G1]	RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO/ <i>descrição da própria relação/ <u>reforço positivo</u></i>
	<i>“olhar para o bebê e tentar que os pais leiam aquele bebê de uma forma muito única, também acaba por contribuir para a harmonia familiar – que só pais conhecendo o seu bebê vão ter mais facilidade a cuidar deles.”</i> [3G1]	ENFERMEIRO/ <i>descrição das próprias práticas/ <u>utilização do comportamento como linguagem</u></i>
Utilize o comportamento da criança como a sua linguagem	<i>“O Brazelton diz: “o comportamento é a sua linguagem”, quer dizer não usa por palavras aquilo que precisa, é através do comportamento que ele manifesta as suas necessidades”</i> [8G1]	PERÍODO NEONATAL/ <i>competências do recém-nascido/ <u>tipo de competências/ individuais/ padrão de comportamento</u></i> MODELO TOUCHPOINTS/ <i>descrição do Modelo Touchpoints/ <u>características específicas do modelo/ pressupostos-princípios</u></i>
	<i>“Respeitar os estadios comportamentais do bebê e isso às vezes os pais não sabem como é que é e nós temos de explicar,[...] isso acho que também vai influenciar imenso o papel de pais e sentir que afinal eu sou importante para este bebê que está aqui, se ele reage assim é porque ele gosta de mim também.”</i> [1G1]	ENFERMEIRO/ <i>descrição das próprias práticas/ <u>utilização do comportamento como linguagem</u></i> MODELO TOUCHPOINTS/ <i>contributo para a mudança dos pais</i> RELAÇÃO PAIS-BEBÊ/ <i>caraterísticas da relação pais-bebê/ <u>afetividade</u></i>

Princípios ou Pressupostos parentais	Citações	CATEGORIA PRINCIPAL/ subcategorias
Valorize a desorganização e a vulnerabilidade como uma oportunidade	<p><i>“O modelo Touchpoints, portanto para mim, são vários marcos [...] que começa na consulta de casal, não é? Portanto vai por aí fora, o nascimento, aquela possibilidade da interação precoce, um mês, por aí fora... [...] Como é que é a criança aos olhos dos pais, porque às vezes é muito difícil perceber o lado que eles têm e se calhar mostrar-lhes que marcos é que normalmente existem ali [...] Que o seu filho dormia... é um exemplo muito clássico. E de repente começa a acordar e começa a pensar em tudo: é o trabalho, eu é que tenho a culpa... [...] se calhar se devolvermos um bocadinho o que está acontecer no desenvolvimento aos pais, pô-los a pensar, se calhar vão ver que aquilo faz sentido: “pois, realmente...” [...] No fundo para regredir numa área de desenvolvimento evolui numa ou outra, a alimentação... e isto faz algum sentido, tranquiliza as pessoas.” [6G1]</i></p>	<p>MODELO TOUCHPOINTS/ <i>descrição do Modelo Touchpoints/ características específicas do modelo/ <u>cuidados antecipatórios</u></i></p> <p>MODELO TOUCHPOINTS/ <i>descrição do Modelo Touchpoints/ características específicas do modelo/ <u>definição de touchpoints/ momentos diferentes</u></i></p> <p>MODELO TOUCHPOINTS/ 1º <i>touchpoint/ importância do 1º touchpoint</i></p> <p>MODELO TOUCHPOINTS/ 2º <i>touchpoint/ importância do 2º touchpoint</i></p>
Valorize a paixão, onde quer que a encontre	<p><i>“fazer despertar a paixão que aqueles pais vão ter por aquele bebé” [1G1]</i></p>	<p>ENFERMEIRO/ <i>características profissionais do enfermeiro/ outras/ valorizar a paixão</i></p>
Focalize na relação pais-criança	<p><i>“Quando estamos a trabalhar as questões das crianças vêm as vivências dos pais, as suas graves dificuldades e isso transporta-se para as relações com os filhos.” [6G1]</i></p>	<p>RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO/ <i>valorização dos pais e suas vivências/ vivências enquanto pais</i></p>
Procure oportunidades para apoiar a mestria	<p><i>“perceber que há mestria nos pais, reforçá-las, dar esse valor” [6G1]</i></p>	<p>MODELO TOUCHPOINTS/ <i>descrição do Modelo Touchpoints/ características específicas do modelo/ <u>valorizar os pais</u></i></p>
Reconheça o que traz para a interação	<p><i>“torna-se [o enfermeiro] a pessoa de referência e, portanto, esse papel tem de ser construído por nós, portanto, temos de criar modelos de intervenção que façam emergir este papel central, não é? Porque se não também ninguém fará por nós.” [2G1]</i></p>	<p>ENFERMEIRO/ <i>papel do enfermeiro/ ser modelo de referência</i></p> <p>POSICIONAMENTO CRÍTICO/ <i>sobre o enfermeiro/ valorização do enfermeiro</i></p>

Princípios ou Pressupostos parentais	Citações	CATEGORIA PRINCIPAL/ subcategorias
Esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional	<i>“Mas depois aparece um bocadinho de tudo, não é? Da vida das pessoas. Hum, funcionamos como confidentes, [...] podem ser contributos que nos possam ajudar nos nossos objetivos, não é?, no nosso cuidar, mas outras, a única função que temos que nós estivemos a escutá-los e estivemos a compreendê-los [os pais] de alguma forma e isso também nos pode ajudar, não é?” [12G1]</i>	ENFERMEIRO/ <i>descrição das próprias práticas/ <u>ir para além do papel tradicional</u></i> ENFERMEIRO/ <i>papel do enfermeiro/ <u>apoiar</u></i> ENFERMEIRO/ <i>características profissionais do enfermeiro/ <u>dimensão relacional/ saber ouvir</u></i>
Os pais são os peritos nos seus filhos	<i>“aqueles pais são os peritos naquela criança, de que forma eu consigo ajudá-los a, com base no conhecimento que tenho, a desenvolver mais perícia relativamente ao seu filho” [16G1]</i>	RELAÇÃO PAIS-BEBÉ/ <i><u>pais como peritos</u></i> ENFERMEIRO/ <i>descrição das próprias práticas/ <u>disponibilidade e interesse em relação aos pais</u></i>
Todos os pais têm forças	<i>“o enfermeiro tem que valorizar muito os sucessos, tem que valorizar muito ah... aquilo que a família vai conseguindo, os progressos que a família vai fazendo” [15G1]</i>	RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO/ <i>valorização dos pais e suas vivências/ <u>sucessos dos pais</u></i> ENFERMEIRO/ <i>papel do enfermeiro/ <u>valorizar as forças</u></i>
Todos os pais querem fazer o melhor com os seus filhos	<i>“Mas esse, quanto mais forte é o laço, maiores são as probabilidades dum bom desenvolvimento mesmo em situações de alguma vulnerabilidade, mesmo em situações de vulnerabilidade.” [2G1]</i>	RELAÇÃO PAIS-BEBÉ/ <i><u>importância da relação pais-bebé</u></i> DESENVOLVIMENTO INFANTIL/ <i>fatores que influenciam o desenvolvimento infantil/ <u>ambiente/ microssistema/família/família em geral</u></i>

Princípios ou Pressupostos parentais	Citações	CATEGORIA PRINCIPAL/ subcategorias
Todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento	<p><i>“Tudo o que os pais dizem é importante. Seja a experiência com o filho agora, este bebé ou para trás. Porque eles às vezes têm já ideias pré-concebidas de experiências anteriores. Mas tudo é importante [...] Porque é com base nas vivências dos pais que depois nós podemos estabelecer a relação e uma aliança.”</i> [8G1]</p>	<p>RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO/ <i>características da relação pais-enfermeiro/</i><u>parceria</u> RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO/ <i>valorização dos pais e suas vivências/</i><u>vivências enquanto pais</u></p>
A parentalidade é um processo de tentativa/erro	<p>-----</p>	<p>PERÍODO NEONATAL/ <i>descrição geral do período neonatal/</i> <u>processo emocional período crítico</u></p>
Todos os pais têm sentimentos ambivalentes	<p><i>“o nascimento do bebé por um lado é um momento de alegria, de felicidade, de contentamento e preenchimento, [...] mas por vezes [...] pode também ser de, portanto, fragilidade ou de contribuir para a rutura das relações.”</i> [4G1]</p>	<p>RELAÇÃO PAIS-BEBÉ/ <i>características da relação pais-bebé/</i> <u>fragiliza a relação do casal</u></p>

No capítulo 1. apresentámos cada Princípio e o que o caracteriza e enumeramos os Pressupostos parentais e profissionais. Na elaboração da resposta a esta questão de investigação, relembramos mais uma vez que os Princípios e Pressupostos Touchpoints procuram guiar os profissionais na construção dessa relação de parceria e orientá-los para atitudes positivas em relação aos pais (e.g. Hornstein, 2014). Foi opção ao desenvolver esta investigação não explorar a utilização/ integração dos Pressupostos profissionais. Contudo, estamos conscientes que muitos deles se encontram presentes nas descrições e perspectivas dos enfermeiros do Grupo 1, nomeadamente quando se reportam a aspetos relacionais com os pais e à importância da valorização do enfermeiro (por exemplo, *perceção do reconhecimento profissional pelos pais*, **necessidade de ser valorizado**, **atuação do enfermeiro**, **valorização do enfermeiro**, *descrição das próprias práticas*, *descrição da própria relação*).

No sentido de facilitar a leitura dos dados e complementar a Tabela 7. apresentada antes, seguidamente enumeram-se cada Princípio e Pressuposto parental com a explanação do que os sustenta, bem como, uma síntese do discurso dos participantes com formação Touchpoints, expondo as suas descrições e reflexões.

•Princípios

○ Valorize e compreenda a relação estabelecida entre si e os pais

A RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO é descrita pelos entrevistados como com **papéis flexíveis**, valorizando o **conhecimento dos pais** sobre o seu filho e as suas **vivências enquanto pais**. Os participantes também realçam o **reforço positivo** aos pais quando estes partilham os seus sucessos (**“sucesso dos pais”**). A **disponibilidade e interesse em relação aos pais** é revelada. **Respeito**, **confiança**, **honestidade** e **parceria** são *características da relação pais-enfermeiro* enumeradas por estes entrevistados. Alguns destes aspetos estão explorados no subcapítulo 8.1. e a tabela anterior remete para exemplos dos discursos dos participantes.

Valorizar e compreender a relação entre pais e profissional implica que este entra no sistema familiar, tornando-se necessário que reflita em qual será o

seu papel e de que forma o relacionamento entre si e os pais se desenvolve (e.g., Brazelton Touchpoints Center, 2000).

○ **Utilize o comportamento da criança como a sua linguagem**

Os participantes com formação Touchpoints referem a **utilização do comportamento como linguagem** do recém-nascido. O **padrão de comportamento** é também descrito como uma *competência do recém-nascido* e uma estratégia de aproximação entre o enfermeiro e os pais. A sua relevância para a RELAÇÃO PAIS-BÉBÉ é também enaltecida, como um dos exemplos da Tabela 7. demonstra.

A criança aproxima os pais e o profissional enquanto ambos observam o que ela é capaz de fazer. O comportamento infantil é uma estratégia para o profissional trabalhar em conjunto com os pais e orientar a sua intervenção (e.g., Brazelton Touchpoints Center, 2000; Hornstein, 2014), tal como o testemunho dos participantes revela.

○ **Valorize a desorganização e a vulnerabilidade como uma oportunidade**

O desenvolvimento infantil é caracterizado por períodos de desorganização que afetam outros sistemas da criança e, simultaneamente, o sistema familiar. Compreender as reações da criança (frustração e satisfação) no processo de aquisição de novas competências revela-nos a sua individualidade. Os enfermeiros do grupo com formação Touchpoints descrevem o desenvolvimento infantil como em avanços e retrocessos, com influência do **ambiente e da criança** na sua evolução (e.g., Sparrow, 2014), como demonstra o excerto da Tabela 7. onde um participante refere especificamente que *“para regredir numa área de desenvolvimento evolui numa ou outra”* [6G1]. Este constitui um elemento central no modelo Touchpoints, como vimos no capítulo 1. e exploramos igualmente no subcapítulo 8.2. “Touchpoints” são entendidos como momentos previsíveis no desenvolvimento da criança onde estas regressões ocorrem e são eles que caracterizam o desenvolvimento como descontínuo (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003). O profissional recorre a esta oportunidade para ajudar os pais

a compreender que a desorganização significa uma antecipação de uma evolução no desenvolvimento (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018; Brazelton Touchpoints Center, 2000). A **definição de “touchpoints”** emerge no discurso destes participantes, nomeadamente enquanto descontinuidade, assim como os cuidados antecipatórios enquanto **característica específica do modelo** Touchpoints, como apontamos no subcapítulo 8.2. A **importância do 1º “touchpoint”** e a **importância do 2º “touchpoint”** (pré-natal e do recém-nascido, respetivamente) são igualmente descritas pelos participantes do Grupo 1, como também mostramos no subcapítulo 8.2. O conteúdo das entrevistas destes participantes parece revelar que relacionam estas perceções à sua formação em Touchpoints. Este excerto é um exemplo:

“Hoje em dia eu sei perfeitamente que esse crescimento não é feito numa linha reta [...] é esperado que a criança tenha aprendizagens e desaprendizagens ao longo do seu percurso de crescimento e desenvolvimento e sabermos encorajar os pais [...] e sabermos o que é esperado (que foi a mais valia que o curso me trouxe) que aconteça em determinada fase do desenvolvimento, em determinada idade e em determinado período crítico” [11G1].

Como afirmamos no início da análise dos dados relativos a este Pressuposto, esta desorganização e vulnerabilidade afeta, para além da criança, os pais. O discurso dos participantes com formação Touchpoints também suporta este aspeto, por exemplo quando se reportam à **definição de “touchpoints”** como descontinuidade e regressão. Denota-se nestas descrições como incluem os pais neste momentos de desorganização característicos do desenvolvimento infantil. Estes dois exemplos mostram-no:

“Que o seu filho dormia... é um exemplo muito clássico. E de repente começa a acordar e começa a pensar em tudo [a mãe]: é o trabalho, eu é que tenho a culpa... [...] se calhar se devolvermos um bocadinho o que está acontecer no desenvolvimento aos pais, pô-los a pensar, se calhar vão ver que aquilo faz sentido: “pois, realmente...” [...] e isto faz algum sentido, tranquiliza as pessoas.” [6G1]

“Esta forma de descontinuidade tem os seus perigos hm se não for bem compreendida porque leva precisamente a quê?, leva precisamente à à ansiedade parental e à ansiedade dos educadores, ou seja se eles não estiverem preparados para este este modelo de descontinuidade, [...] se isto não for entendido assim ou se os pais não souberem como lidar com algumas vulnerabilidades, algumas desorganizações, algumas paragens isto traz um, pode trazer um compromisso enorme parental com intervenções muito desajustadas e que se refletem depois na própria criança.” [2G1]

○ **Valorize a paixão, onde quer que a encontre**

Valorizar a paixão é entendida por estes entrevistados como uma das *características profissionais do enfermeiro* que podemos relacionar com a formação em Touchpoints. A paixão dos pais pelos filhos é energia, positiva e negativa, que move a parentalidade com todos os seus desafios e alegrias inerentes ao cuidar e criar uma criança. Representa o que tem valor para os pais na relação com o seu filho (e.g., Hornstein, 2014). O profissional deve encontrar essa paixão e promovê-la entre pais e filhos (e.g., Brazelton Touchpoints Center, 2000). Tal está patente em diferentes momentos das entrevistas dos participantes do G1, sendo um dos exemplos o citado na Tabela 7.

○ **Focalize na relação pais-criança**

As necessidades dos bebés evocam expectativas e respostas dos pais que se baseiam na sua própria infância e relacionamentos atuais.

Os participantes com formação Touchpoints apontam a *importância da relação pais-bebé*, a vinculação entre eles e a sua relevância para o desenvolvimento infantil: *“a vinculação é extremamente importante. [...] Relativamente à vinculação penso que, todas as dimensões do ponto de vista afetivo, emocional, para além de outros que é necessário do ponto de vista fisiológico, a alimentação, os cuidados de, portanto, o banho isso é também extremamente importante para o desenvolvimento da criança” [4G1]*. Estes

aspectos vão de encontro ao assumido pelo modelo Touchpoints onde pais e bebé são elementos ativos no relacionamento entre si (e.g., Nugent, 2013).

Observar e compreender a relação e interação entre pais e filhos e as forças que sustentam esses laços afetivos é uma ferramenta útil no trabalho com as famílias (e.g. Brazelton Touchpoints Center, 2000; Hornstein, 2014). A *valorização dos pais e suas vivências* na RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO, nomeadamente a importância atribuída à relação pais e filho são exemplos da utilização deste Princípio por estes profissionais, como o exemplo da Tabela 7. mostra e as seguintes palavras reforçam: “*sim [os enfermeiros ajudam os pais a conhecer os seus filhos] E os pais a se conhecerem a si próprios!*” [7G1].

○ **Procure oportunidades para apoiar a mestria**

O **reforço positivo** e a valorização das **vivências enquanto pais** são sublinhados na *descrição da própria relação* destes enfermeiros com os pais. A autoestima e a competência parental são realçadas pelo profissional através das suas observações do progresso do desenvolvimento infantil e do desempenho parental. Discutir o impacto do desenvolvimento e as estratégias encontradas revela e alimenta a mestria parental (e.g., Brazelton Touchpoints Center, 2000; Hornstein, 2014; Sparrow & Brazelton, 2006).

Os participantes enquadram conceitos da abordagem Touchpoints relacionados com a mestria dos pais, nomeadamente ao referirem-se aos **pais como peritos** (“*o modelo que nós estamos a falar assume sempre que os pais são peritos [nos seus filhos]*” [2G1]) e a importância dos **cuidados antecipatórios** na competência e autoestima parental (“*faz sentido, como já disse, ter esta metodologia de Touchpoints de intervenção com os pais porque os Touchpoints também através dos cuidados antecipatórios preparam muito do que vai vir a seguir não é?*” [1G1]).

○ **Reconheça o que traz para a interação**

O profissional é influenciado e influencia as famílias e deve compreender qual o lugar e importância que os pais lhe atribuem no sistema familiar. O seu

comportamento e emoções provocam as suas reações e sentimentos. As referências dos participantes à **necessidade de ser valorizado** para além da *perceção do reconhecimento profissional pelos pais* (“*para os ajudar [os pais] nisto ou naquilo que nós percebemos que é muito importante e para as famílias o nosso trabalho e é por isso que eu acho que a gente ainda vai andando por aqui* (risos), *porque é mesmo isso que nós levamos para casa*” [12G1]) traduzem esta reflexão e perceção sobre a importância que o enfermeiro tem/ pode ter para a família. Refletem igualmente sobre o *papel do enfermeiro* (que descrevem como **ser modelo de referência**: “*ser um modelo de referência, ele [o enfermeiro] está acessível porque ele está sempre lá e se essa relação for criada desde o início, os pais vão-se sentir mais apoiados*” [1G1]), sobre as **políticas institucionais** (“*isto é um bocadinho um trabalho de desenvolvimento e mudança da família na parceria. Portanto, é realmente interessante ver que isto depois resulta mesmo! Mas, pronto, algumas destas etapas vamos queimando um bocadinho face aos raios, como já falamos.*” [6G1]) e a **atuação do enfermeiro**. Os participantes reconhecem as suas *características pessoais* e 2 participantes falaram do **poder** da intervenção dos enfermeiros junto das famílias (“*o enfermeiro tem aqui imenso poder se [...] conseguir estabelecer a relação que se pretende*” [1G1]). Pretende-se, portanto, que o profissional seja autorreflexivo, procurando a sua maturidade profissional (e.g., Brazelton Touchpoints Center, 2000; Hornstein, 2014; Sparrow, 2014) – consideramos que estes aspetos traduzem este percurso dos nossos participantes.

○ **Esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional**

O profissional deve adotar uma postura “aberta” em relação às famílias para que seja verdadeiramente eficaz no apoio ao bem-estar geral da família (e.g. Brazelton Touchpoints Center, 2000). Os participantes do Grupo 1 apresentam um discurso que parece ir de encontro a estes aspetos, como exemplifica a citação da Tabela 7. Referem-se ao **saber ouvir** como uma das *características profissionais do enfermeiro*, à sua **disponibilidade e interesse em relação aos pais** e à valorização das suas **vivências**

enquanto pais, bem como, a **papéis flexíveis** no seu relacionamento. Falam sobre **ir para além do papel tradicional**, mas, essencialmente, entendem-no como o **encaminhamento** das famílias, associando-o ao *papel do enfermeiro de apoiar*: “*se eu tenho as ferramentas para responder, respondo na hora; e senão comprometo-me que vou saber e depois contacto os pais. [...] Deixar aqueles pais sair daquele espaço sem saber o que fazer, desorientados, isso é que acho que nós nunca devemos fazer, mas pelo menos o compromisso de que vou tentar saber e vou ajudar. Ou se eu não souber encaminhá-los para alguém e acho que é a melhor estratégia.*” [1G1].

•Pressupostos parentais

○ Os pais são os peritos nos seus filhos

Os pais conhecem e reconhecem o comportamento dos seus filhos (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003). A ideia patente neste Pressuposto surge nas palavras dos participantes com formação Touchpoints quando descrevem os *pais como peritos*, assumem a *valorização dos pais e das suas vivências* e enaltecem a *importância da relação pais-bebé*, como exemplificado na Tabela 7.

Pais e profissionais podem descobrir assuntos recorrentes relacionados com o desenvolvimento da criança e estratégias para negociar desafios futuros desse desenvolvimento (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003). Os participantes do G1 parecem integrar estas ideias quando se reportam às experiências dos pais e conhecimentos sobre o seu filho como relevantes na construção da **RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO** e na **RELAÇÃO PAIS-BEBÉ**, como percebemos nestas palavras:

”Porque eles [os pais] é que o conhecem [ao bebé] melhor do que nós e quando eles nos relatam isto nós vamos conseguindo perceber que tipo de bebé temos ali, como é a relação daqueles pais com aquele bebé, quais são as principais dificuldades, e então aí ajustar a nossa intervenção, não

só com o que vemos no momento mas também pedindo um bocadinho para eles descreverem como é noutros ambientes” [1G1]

Também assumem o contributo do Modelo Touchpoints para a mudança dos pais (“*poder dar essa oportunidade, dar essas ferramentas aos pais para que possam ver desabrochar, não é, ali a flor deles. [...] eu acho que é que é outra das mais-valias do modelo dos Touchpoints” [12G1]*).

○ **Todos os pais têm forças**

A *valorização dos pais e das suas vivências* e o **valorizar as forças** dos pais são apontados por este grupo de enfermeiros nas suas descrições e perspetivas sobre a RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO e sobre o *papel do enfermeiro*, elucidando sobre a integração dos conceitos deste Pressuposto Touchpoints, como a Tabela 7. exemplifica.

Ao reconhecer e honrar as forças de cada mãe/ pai, a relação entre o profissional e os pais é aprofundada e reforçada. Os pais que se sentem mais valorizados são aqueles que mais escutam, confiam e colaboram com os profissionais (Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2014).

○ **Todos os pais querem fazer o melhor com os seus filhos**

Ao aproximarem-se dos pais nesta sua vontade de promover o melhor desenvolvimento da criança, os profissionais tornam cada momento de contacto com a família como recompensador para ambos (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow & Brazelton, 2006). Os participantes referem a **relação** [da criança] **com os pais** como um dos *fatores que influenciam o desenvolvimento infantil*, reportando-se aos aspetos relacionais entre pais e filhos como um suporte à promoção do DESENVOLVIMENTO INFANTIL e à RELAÇÃO PAIS-BEBÉ (“*os fatores que mais o influenciam [desenvolvimento infantil] penso que sejam os fatores do ponto de vista da relação pai-filho e mãe [...] A vinculação é extremamente importante” [4G1]*).

Os pais têm um desejo de fazer o melhor com os seus filhos (e.g., Sparrow & Brazelton, 2006). Como vimos no subcapítulo 8.1., a importância da relação pais-bebé é apontada nas entrevistas deste grupo e descrita como

*característica da relação pais-bebê a **afetividade**. O PERÍODO NEONATAL é visto como um **período crítico** e **processo emocional** e a **importância do 2º “touchpoint”**, como também vimos, é salientada pelos enfermeiros do G1.*

○ **Todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento**

Permitir aos pais partilhar as suas próprias interpretações do comportamento do seu filho, abrindo oportunidade à reflexão da influência da sua própria infância na sua sensibilidade parental, fá-los sentir que os profissionais os compreendem e estão disponíveis para os apoiar (e.g., Sparrow & Brazelton, 2006). O **“reviver a infância”** pelos pais foi reportado por 1 participante deste grupo (*“o reviver a infância porque quando se está grávido revive-se muito o sonho de ser mãe ou de ser pai e as experiências que se teve na infância, e [...] voltar ao reviver estas situações os pais ficam muito frágeis”* [1G1]).

Esta disponibilidade que estes participantes referem em apoiar os pais nas suas partilhas em cada momento do desenvolvimento do filho, parece expressar-se na sua *descrição das próprias práticas e descrição da própria relação* com os pais. Referem valorizar o **conhecimento dos pais**, o **“sucesso dos pais”** e as **vivências dos pais**. **Criar confiança, envolvimento e parceria** são apontadas como *características da relação pais-enfermeiro e descrição da própria relação* com os pais, mais uma vez indo de encontro ao que acabamos de expor.

○ **Todos os pais têm sentimentos ambivalentes**

Apenas um participante deste grupo abordou os sentimentos ambivalentes dos pais no período neonatal, referindo-se a momentos de felicidade e de fragilidade ao longo desse período, como demonstrado na Tabela 7.

As emoções dos pais permitem compreender as suas representações da criança e do comportamento infantil, para além daquelas sobre o seu próprio papel e desempenho. Os sentimentos positivos, como alegria, e os negativos, como medo ou fúria, devem ser reconhecidos e trabalhados (e.g., Hornstein, 2014).

○ **A parentalidade é um processo de tentativa/erro**

Os pais aprendem com os seus erros, desde que os reconheçam. Aprender com as tentativas bem e mal sucedidas promove a autoconfiança e sensação de competência parental (e.g., Sparrow, 2014).

Nos nossos dados, não foi possível relacionar o discurso dos participantes com formação Touchpoints com este Pressuposto. Contudo, embora não fosse propósito explorar a utilização dos pressupostos parentais pelos participantes sem formação Touchpoints, 1 elemento do Grupo 2 referiu-se à parentalidade como um processo de tentativa-erro, como expusemos no subcapítulo 8.1. Podemos eventualmente associar a ausência de referências diretas do G1 a este Pressuposto ao facto de ser perspectivada esta tentativa-erro como uma parte natural do exercício da parentalidade. Como temos vindo a demonstrar ao longo desta análise e discussão dos dados, encontramos várias referências destes participantes à importância das vivências dos pais enquanto pais e como constituem elementos significativos para a promoção da autoconfiança e competência parental, o que significa que, embora não se reportem à parentalidade como tentativa-erro, integram no seu discurso outros aspetos que este Pressuposto engloba.

Voltamos a referir que a abordagem Touchpoints é entendida concomitantemente como uma abordagem relacional e um modelo de desenvolvimento infantil que os profissionais que trabalham com crianças e suas famílias podem utilizar para apoiar as relações que estabelecem (e.g., Cabral, et al., 2018). Constroem-se, assim, relações de colaboração, baseadas em apoio e respeito que promovem a competência e autoconfiança dos pais e lhes permitem tomar decisões em relação aos seus filhos suportadas nas suas escolhas e não em “prescrições” de profissionais (Cabral, et al., 2018; Hornstein, 2014). Hornstein (2014) esclarece que estas opções são tomadas considerando a cultura dos pais, o comportamento da criança e o conhecimento do desenvolvimento infantil pelos profissionais.

As palavras dos participantes do grupo de enfermeiros com formação Touchpoints acerca do seu exercício profissional com os recém-nascidos e suas

famílias enaltece a pertinência do modelo Touchpoints na prática da enfermagem e a utilização dos Princípios e Pressupostos parentais que a sustentam. De facto, vários estudos têm demonstrado a eficácia desta abordagem no desenvolvimento das competências parentais e na promoção da transição para a parentalidade (Soares, et al., 2016; Soares, 2016), na promoção da duração da amamentação e dos indicadores de saúde mental materna (Brandt & Murphy, 2010), na adesão a planos terapêuticos (Stadler, et al., 2010), na intervenção com famílias de risco (Percy & McIntyre, 2001) e no suporte a grupos de apoio de pais e crianças (Stadtler, et al., 2001; Stadler, et al., 2010; Stadtler, et al., 2013).

Na análise cuidadosa dos conteúdos das entrevistas, identificamos, então, a “marca” desta abordagem, como também ficou patente na resposta à questão de investigação B. Estes resultados associados aos que acabamos de apresentar e discutir não longo deste capítulo 8, mostram como os participantes com formação Touchpoints são capazes de referir na descrição do seu pensar e agir enquanto enfermeiros os conceitos-chave e aqueles mais gerais que sustentam o modelo Touchpoints, sendo possível distingui-los nalguns aspetos dos enfermeiros sem formação Touchpoints. Contudo (e novamente interligando os dados da resposta à questão de investigação B com esta resposta à questão de investigação C), os nossos dados também mostram que alguns Princípios e Pressupostos parentais são mais patentes no discurso dos enfermeiros e se relacionam com aspetos específicos do seu exercício profissional do que outros. Vimos no início deste subcapítulo que as perspetivas sobre o enfermeiro e a sua relação com os pais são onde o discurso do G1 mais se insere quando se referem a estes “pilares” Touchpoints. Verificamos igualmente que há um Pressuposto parental sobre o qual os participantes com formação não se referem: a parentalidade como um processo de tentativa-erro.

As perspetivas dos participantes sobre os pais e sobre o “ser pais” parecem fundir-se com as suas descrições de aspetos da relação pais-filhos e da sua influência sobre o desenvolvimento infantil. Assim, percebemos que o discurso do G1 aponta para a importância que os pais têm enquanto intervenientes no desenvolvimento dos seus filhos e como as suas experiências pessoais como

pais afetam o seu papel parental. Todavia, poucas referências encontramos a como se processa este exercício do papel parental (onde se insere esta perspetiva da tentativa-erro). Também podemos eventualmente assumir que a parentalidade como um processo de tentativa-erro (e.g., Mercer, 2004) é um conceito familiar para os enfermeiros, encarado de forma inerente ao exercício do tornar-se e ser mãe/ pai e, como tal, acaba “esquecido” por ser visto como natural. Percebemos que o discurso dos participantes parece incidir num posicionamento mais focado no processo de transição para a parentalidade enquanto uma oportunidade de intervenção dos enfermeiros e menos na descrição deste processo em que homem e mulher assumem e integram o novo papel de pais.

Verificámos, de igual modo, que apenas 1 enfermeiro do Grupo 1 abordou a ambivalência de sentimentos dos pais. Podemos também assumir que a ausência/ poucas referências do G1 a estes dois Pressupostos aponte para que, possivelmente, sejam mais difíceis de aplicar/ integrar ou que o maior investimento nas práticas reflexivas que a nova organização da formação em Touchpoints (que os nossos participantes não tiveram) poderá representar um enfoque diferente dos enfermeiros face a estes Pressupostos – mas isso só uma futura investigação poderá abordar. Efetivamente, todos os participantes realizaram esta formação antes das alterações introduzidas pelo Brazelton Touchpoints Center (a “sede” que organiza e dirige toda a formação realizada pelo mundo fora) que referimos anteriormente e que englobam um reforço importante da dimensão de prática reflexiva (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018) do curso. De facto, a utilização dos Princípios e Pressupostos e a sua integração nos cuidados prestados implicam o recurso à prática reflexiva (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018) por parte dos profissionais que abraçam este modelo, como reforço no apoio para a sua integração na prática profissional. Daí que, tal como o Brazelton Touchpoints Center recomendou, em Portugal se tenha introduzido esta dimensão nos cursos em Touchpoints a partir de 2017.

8.4. PERSPETIVAS E EXPERIÊNCIAS DOS PARTICIPANTES QUANTO AO CONTRIBUTO DA FORMAÇÃO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

Na resposta à questão de investigação D (quais as perspetivas e as experiências dos enfermeiros com formação e dos enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints face ao contributo da formação para o exercício profissional?) serviram de fonte os dados oriundos das entrevistas dos três grupos de participantes. Perceber a importância atribuída à formação formal e informal, bem como à formação não-formal, nomeadamente quanto ao modelo Touchpoints, é relevante para elucidar sobre como (de)ocorrem estes processos formativos e que influência têm sobre as perspetivas e experiências dos enfermeiros sobre o seu exercício profissional. Cientes que se espera dos enfermeiros uma atitude reflexiva que os leve a questionar o quotidiano do seu trabalho e a procurar estratégias para dar resposta a essas questões (e.g., Davis, et al., 2014) e que os processos formativos levam a uma mudança de comportamentos e novas formas de pensar e prestar cuidados (e.g., Gonçalves, 2012), exploramos como os participantes se posicionam sobre a formação em geral e sobre a formação em Touchpoints em particular.

Para facilitar a leitura da discussão dos dados que se seguem, esclarecemos que a categoria principal FORMAÇÃO PROFISSIONAL integra nas suas categorias “filhas” as referências dos entrevistados à formação realizada com vista ao exercício da profissão de enfermeiro. Dessas, destacamos as categorias de segunda geração que, por sua vez, integram nas suas categorias de última geração as perspetivas e experiências dos participantes acerca da *formação inicial* (percurso de licenciatura ou início da carreira profissional do próprio e/ou dos enfermeiros em geral) e da *formação após a licenciatura* (processos de formação do enfermeiro depois de iniciada a sua carreira profissional). Ambas as categorias dão corpo à ideia de formação ao longo da vida que, como abordamos no capítulo 4., engloba processos de formação formal, não-formal e informal (Davis, et al., 2014; Gopee, 2005). A formação ao longo da vida tem sido defendida por vários autores como um processo necessário ao desenvolvimento e crescimento profissional que estimula o pensamento crítico dos enfermeiros, movendo-os na procura de respostas às questões que surgem

no cotidiano do seu trabalho (Davis, et al., 2014; Fights, 2012; Pinheiro, et al., 2014).

Sobre a *formação inicial*, a licenciatura surge no discurso dos participantes como fornecedora de **ferramentas-base** para o exercício da profissão de enfermeiro e como **motivação para aprender** ao longo da carreira profissional: “a licenciatura não poder dar tudo nem deve dar tudo, mas deve dar os princípios que permitam ao estudante procurar processos de formação” [16G1].

Contudo, também é descrita por participantes dos três grupos, como **insuficiente** (4 do G1, 6 do G2 e 7 do G3). Este é um aspeto que surge reforçado no discurso daqueles que o mencionaram, como se pode verificar pelo número de referências associadas (Apêndice F) e pelos exemplos seguintes:

“há sempre coisas, porque a licenciatura não consegue dar tudo” [14G1]

“a formação inicial são quatro anos para dar tudo eh e nós temos o compromisso com a sociedade de formar enfermeiros generalistas. [...] Mas há aspetos eh que têm a ver com estas situações, que eu chamo questões complexas da área de especialidade, que não cabem num curso de licenciatura.” [3G2]

Globalmente, os resultados mostram que, na perspetiva de participantes dos três grupos, a licenciatura não dotará os enfermeiros de todos os conhecimentos e competências necessários a toda a sua vida profissional, como sustentado por outros autores (e.g., Ordem dos Enfermeiros, 2012; WHO, 2016), o que implica que será necessária formação adicional (e.g., Benner, 1982; Gonçalves, 2012; Tojal, 2011). Como referido no capítulo 4., a licenciatura deve preparar os alunos para a formação ao longo da vida (Gopee, 2005). Esta, enquanto processo dinâmico, refere-se à aprendizagem por processos formais, não-formais e informais (Davis, et al., 2014). Através do pensamento crítico e da aprendizagem focada no problema, estimula e empodera o indivíduo a adquirir conhecimentos e competências, demonstrando vontade em aprender sem esquecer a natureza dinâmica do conhecimento (Fights, 2012; Davis, et al., 2014). Torna-se, desta forma, necessária quando falamos em crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal (Davis, et al., 2014; Fights, 2012; Pinheiro, et al., 2014;

Alves, 2014). O discurso dos participantes, como já afirmamos, vai de encontro a este reconhecimento da formação ao longo da vida para a evolução do enfermeiro em termos de competência e conhecimentos. Verificamos na descrição dos participantes (Apêndice B), que mais de metade (30 participantes) dos entrevistados referiram ter pós-graduações, pós-licenciaturas, mestrados e/ou doutoramentos (formação formal) e que enumeraram pelo menos 13 **cursos específicos** (Apêndice E e Apêndice F) (formação formal e/ou não-formal), o que elucida sobre esta perspetiva de que a licenciatura é **insuficiente**: não só o referem como procuraram *formação após a licenciatura* . Os dados parecem mostrar que os participantes reconhecem a licenciatura como um curso geral, que deve abarcar várias áreas de cuidados e nem sempre se consegue dedicar igual tempo e intensidade aos conteúdos de todas as áreas específicas da enfermagem – daí a oferta e a procura de cursos formais e não-formais para enfermeiros. O que os participantes parecem então referir é que após a licenciatura, para se prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido e sua família com a qualidade que eles consideram desejável, mais formação (formal, não-formal, informal) é necessária. Dá-se então a continuidade ao processo de formação ao longo da vida, onde cada um destes participantes se reporta às suas necessidades formativas que aparentemente emergem das suas reflexões sobre os seus cuidados e se refletem nas suas escolhas das formações que julgam dar respostas às suas questões.

Sobre a *formação após a licenciatura* encontramos referências dos três grupos às **necessidades formativas**, sendo que os participantes referiram as suas como **explorar áreas de interesse** (20 participantes: 10 do G2 e 5 do G1 e G3), **atualização de conhecimentos** (15 participantes: 7 do G1, 5 do G2 e 3 do G3), **saber mais** (13 participantes: 7 do G1 e 3 do G2 e G3) e o **enriquecimento pessoal** (8 participantes: 4 do G2, 3 do G3 e 1 do G1). Percebemos que para os participantes com formação Touchpoints a **atualização de conhecimentos** (“*o que me tem motivado é no fundo manter a atualização de conhecimentos, uh sentir a necessidade de ter conhecimento, uh de aprofundar algumas áreas dentro da minha área de trabalho e pela procura de conhecimento*” [11G1]) e o **saber mais** (“*a vontade de saber mais alguma coisa. [...] Muito sinceramente acho que não sabemos, não sabemos tudo*” [9G1]) revelaram-se as principais

razões para realizar *formação após a licenciatura* e apenas estes enfermeiros indicaram como razões para ingressarem em cursos (formais e/ou não-formais) o seu **foco nos pais** e **foco na criança** (2 participantes para cada categoria de última geração): “no fundo, o meu objetivo principal é a ajudar os pais a entenderem os seus filhos!” [13G1]. Os enfermeiros do Grupo 2 apontaram como a principal motivação **explorar áreas de interesse** (“sem dúvida que é o gosto pela área, tem sido o ponto forte. [...] as minhas escolhas são, são mesmo isso, vão de encontro às minhas necessidades eh... pessoais.” [8G2]), sendo que 1 participante deste grupo foi o único a apontar também **questões familiares** (“[a mãe] era enfermeira e nunca lhe foi permitido exercer enfermagem e eu quis ser aquilo eu ela não conseguiu ser, incondicionalmente” [1G2]). Para os enfermeiros do Grupo 3 as necessidades formativas centraram-se em **fazer melhor** (“em primeiro lugar o desejo que acho que todas temos de prestar cada vez melhores cuidados” [7G3]) e **explorar áreas de interesse** e 2 participantes deste grupo foram os únicos que referiram o seu interesse em **responder a lacunas** (“senti logo várias lacunas. Sem dúvida que senti necessidade de fazer formação” [1G3]).

Em relação à **importância da formação para a prática profissional** percebemos que os participantes deste estudo enumeram um leque muito variado (associamos a esta categoria de 3ª geração 30 categorias de última geração), remetendo para contributos para os **conhecimentos**, para o **contexto prático** e **outros** aspetos. Aqueles que mais os referem são os participantes do Grupo 2 (62 referências a aspetos da **importância da formação para a prática profissional** comparativamente às 43 do Grupo 1 às 29 do Grupo 3). Os participantes dos três grupos atribuem **importância da formação para a prática profissional** para a **complementação da licenciatura** (14 participantes: 5 do G2 e do G3 e 4 do G1) e para a **reflexão** (5 participantes: 2 do G1 e G2 e 1 do G3). Na globalidade, os contributos mais citados são a **complementação da licenciatura** (17 referências), **orientar desempenho profissional** (14 referências) e **importância inespecífica** (11 referências). Os dados revelam, ainda, que 4 participantes do Grupo 1 fazem referência ao facto da formação ser **desvalorizada**: “nós sabemos que hoje em dia os enfermeiros não são

valorizados pela formação que fazem” [15G1], mas nenhum participante dos outros grupos o fez.

Como já salientamos, para todos os grupos uma das maiores contribuições da *formação após a licenciatura* é a complementação da licenciatura. Observando detalhadamente os dados, percebemos que a importância da atualização é sublinhada apenas por participantes do Grupo 1 (*“os enfermeiros devem fazer essa atualização! É fundamental para também consubstanciar a sua prática e a sua experiência”* [4G1]). Um deles falou ainda da **importância da formação para a prática profissional** para a autoestima (*“sem dúvida cria mais à vontade para isso, é uma pessoa que está mais à vontade [...] tem autoestima mais elevada”* [15G1]), indo de encontro ao abordado no capítulo 4. sobre a influência da autoestima do indivíduo na aquisição de competências e aprendizagem (Abreu, 2001). Outro destes participantes falou da **importância da formação para a prática profissional** especificamente para a aquisição de **conhecimentos** sobre desenvolvimento infantil (*“não podemos considerar que um enfermeiro pode ser, pode fornecer um suporte igual tenha ele formação em enfermagem geral ou tenha ele formação específica na área do desenvolvimento infantil”* [3G1]) e 2 falaram sobre a mudança (*“e mudarmos algumas práticas, é sempre, é sempre importante e, portanto, eu marco se calhar como mais importantes estas idas para a escola”* [12G1]). Denotamos aqui alguns aspetos que associamos à sua formação em Touchpoints (mudança de comportamentos/postura profissional, relevância dos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil). Os participantes do Grupo 2 foram os que mais apontaram contributos da formação para o contexto prático, realçando o orientar desempenho profissional, ou seja, o facto dos conhecimentos adquiridos em contexto de formação serem importantes para evoluir no seu desempenho e também na **importância da formação para a prática profissional** na aquisição de **conhecimentos**, nomeadamente conhecimentos teóricos: *“sentes necessidade, ainda hoje sinto necessidade de ter que procurar mais, [...] nós temos que andar sempre a ver, a estudar a ver o que é que já está preconizado”* [9G2]. As questões relacionadas com os **planos curriculares** (*“gostei muito do processo de formação no âmbito do mestrado, mesmo da parte curricular foi subsidiária”* [1G2]) foram abordadas unicamente por 4 participantes deste grupo. Para os

participantes do Grupo 3, a dispersão de referências é significativa (18 participantes enumeraram 10 categorias de última geração sobre a **importância da formação para a prática profissional**), mas foram os únicos (2 destes enfermeiros) a referirem-se ao alargar conhecimentos: *“pronto, porque a evolução foi assim uma coisa um bocadinho mais prática, depois se calhar uma coisa um bocadinho mais abrangente [...] depois quando a gente fica à vontade da prática, começa-se a focar no resto. [...] e depois comecei a tipo, a ficar um bocadinho mais abrangente, a preocupar-me mais com... a dinâmica com os pais [...] Portanto, depois fui estudando mais um bocadinho sobre isso”* [8G3].

Alguns participantes (2 do Grupo 2 e 1 do Grupo 3) referiram a **importância da experiência profissional** comparativamente à formação formal: *“o enfermeiro é perito na sua área, e no nosso serviço têm que ser mesmo. Porque têm ali mais especialistas que não têm experiência alguma comparada com colegas que são peritos na área. [...] Que têm experiência que já sabem solucionar mais facilmente os problemas e identificam muito mais facilmente situações às vezes complexas”* [10G2].

A formação após a licenciatura é, de uma forma geral, valorizada pelos participantes desta investigação. Estes referem-se à atualização de conhecimentos, melhoria das práticas, progressão da carreira (2 participantes do G2) e interesses pessoais como motivações para ingresso em formação formal ou não-formal, revelando as suas opções conscientes. Tal como alguns autores defendem, os motivos para realizar formação profissional prendem-se com satisfação pessoal, atualização de conhecimentos e expectativas para a progressão na carreira (e.g., Alves, 2014; Frederico-Ferreira & Loureiro, 2013; Kamariannaki, et al., 2017; Peña & Alonso, 2006). O contributo da formação profissional para o desenvolvimento do enfermeiro, para a prestação de cuidados e para os conhecimentos de e em enfermagem foram igualmente apontadas pelos participantes, à imagem do defendido pelo Conselho Internacional de Enfermagem (International Council of Nurses, 2008). Tal como descrito no capítulo 4., demonstra-se a intencionalidade dos participantes em direcionar a sua aprendizagem (Duarte, 2000). Baseados nas suas motivações e expectativas, referem escolher as formações que permitem adquirir os

conhecimentos e competências identificadas como necessárias para dar resposta ao seu objetivo/ necessidade de aprendizagem (e.g., Duarte, 2000). Embora a enumeração destas contribuições elucide sobre a sua satisfação em aprender, a sua curiosidade e procura no autodesenvolvimento (Davis, et al., 2014), alguns dos entrevistados também referiram que a *formação após a licenciatura* pode ser desvalorizada pelos próprios e/ou pelas organizações e pode ainda não implicar progressão na carreira, tal como o próprio Conselho Internacional de Enfermagem também salientou (International Council of Nurses, 2008) e como também abordamos no capítulo 4. Ayoub & Vele-Tabaddor (2018) apontaram a importância das organizações (de saúde e académicas) e da formação (formal e não-formal) mostrarem a relevância de estratégias de envolvimento da família nos cuidados à criança com o objetivo de consolidar relações positivas com os pais, argumentando que desta forma se asseguram ganhos em saúde para as crianças e famílias.

A *formação após a licenciatura* surge essencialmente agrupada em **formação entre pares** (formação informal), **formação em serviço** (formação não-formal) e **cursos específicos** (formação formal e não-formal). Relativamente à última, quando questionados sobre a sua opinião acerca da existência, no panorama nacional, de formações que pudessem contribuir para os cuidados de enfermagem aos recém-nascidos e suas famílias, baseada no seu percurso formativo ou no seu conhecimento acerca dessas ofertas formativas, os participantes salientaram 18 cursos, sendo a **pós-licenciatura em enfermagem** a enumerada pelo maior número de entrevistados (7 participantes do Grupo 1 e 2 e 2 do Grupo 3): “*eu acho que... a especialidade! acho que foi a especialidade*” [12G2]. A formação no **modelo Touchpoints** foi referida por 5 participantes do Grupo 1 (“*a que me estou a lembrar mais agora, que está mais estruturada e que eu penso será de mais fácil acesso aos enfermeiros é a do modelo Touchpoints*” [3G1]) e 3 participantes deste grupo referiram os cursos de **NBO/NBAS** (“*também fiz a daquela escala neurocomportamental e adorei!*” [10G1]). Os participantes do Grupo 3 pareceram valorizar cursos relacionados com o suporte de vida – 6 participantes referiram cursos em **suporte básico de vida**, **suporte avançado de vida** e **ventilação invasiva**.

Os dados revelaram ainda que 7 participantes (3 do Grupo 2 e 4 do Grupo 3) não enumeraram **nenhum** [curso] **em particular**, seja porque não identificam nenhuma formação que considerem que possa fazer/ ter feito a diferença no exercício da profissão ou porque consideram que várias podem contribuir ou contribuíram para os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e sua família: *"tudo o que é formação que... relaciona, que fale sobre a parceria de cuidados, sobre a parentalidade é uma grande ferramenta para quem vai começar a trabalhar, ou para quem pretende trabalhar com recém-nascidos"* [6G3]. Destacamos também que 1 participante do Grupo 2 falou da formação no **modelo Touchpoints** (*"mesmo a formação para os "Touchpoints" acaba por ser uma formação mais direcionada para a realmente perceber quais são os momentos chaves de interação, e que devem ser reforçados num plano de acompanhamento de desenvolvimento da criança"* [3G2]), mostrando que, como vimos no subcapítulo 8.2., os enfermeiros que não realizam formação Touchpoints também revelam conhecer esta abordagem, fruto da sua formação formal, não-formal ou informal. Este aspeto será explorado mais à frente na resposta a esta questão de investigação.

A formação formal e não-formal representam um papel importante nas práticas de enfermagem, tal como sustentado pelos pontos de vista dos participantes. Como vimos no capítulo sobre formação em enfermagem, os processos de formação formal dizem respeito àqueles focados predominantemente em conteúdos teóricos, com abordagem estruturada dos seus conteúdos, objetivos claros e bem definidos, com avaliação formal das aprendizagens e que têm lugar em instituições de ensino (e.g., Abreu, 2001). Os processos de formação não-formal, por outro lado, podem ocorrer em instituições de ensino, no local de trabalho ou outros, são de inscrição voluntária e deste fazem parte cursos, práticas simuladas, formação em serviço (e.g., Guimarães, 2000; Macedo, et al., 2019; Singh, 2015).

Quase metade dos entrevistados referiu a **pós-licenciatura em enfermagem** como uma mais-valia para os cuidados ao recém-nascido e sua família. A Ordem dos Enfermeiros valoriza a certificação de competências clínicas para um cuidado individualizado e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011), o que

pode influenciar a escolha por um curso reconhecido que possivelmente aumentará o conhecimento e competências do enfermeiro mas também promoverá a progressão na carreira, aspetos considerados relevantes para os participantes ingressarem em cursos de formação profissional, como vimos. Contudo, importa considerar que a aquisição de conhecimentos e competências só será reconhecida se elas forem aplicadas e desempenhadas na prestação de cuidados (e.g., Marañón & Pera, 2015). Assim, para além da aquisição de conhecimentos, espera-se que após a formação ocorram mudanças de comportamentos e modo de pensar, para então falarmos em aprendizagem (Bastos, 2014; Tojal, 2011). Embora seja indiscutível a importância da formação para a prática profissional dos enfermeiros (como salientam vários estudos e os nossos resultados suportam), não podemos deixar de referir que também os nossos participantes apontam por vezes para um discurso que desvaloriza essa formação após a licenciatura. Percebemos, como já mostramos, que, em relação aos processos de formação formal e não-formal, 7 participantes não enumeraram nenhum [curso] em particular, 4 referiram que a formação é desvalorizada, 1 reportou-se ao pouco apoio para a formação e 1 falou da irrelevância da formação antes da experiência profissional no seu POSICIONAMENTO CRÍTICO sobre empregabilidade. Como veremos, alguns também se posicionam relativamente ao pouco impacto dos processos de formação informal.

A **formação entre pares** (formação informal), por seu lado, é mais explorada pelos participantes do Grupo 1 (o seu discurso aparece categorizado em 12 das 18 categorias de última geração que lhe estão associadas, comparativamente às 10 e 9 categorias referidas, respetivamente, pelo Grupo 2 e 3). O maior número de participantes deste estudo reportou-se à influência sobre a equipa (23 participantes: 8 do G1, 9 do G2 e 6 do G3), à partilha entre colegas (17 participantes: 5 do G1, 7 do G2 e 5 do G3) e ao contributo inespecífico, ou seja, a aspetos positivos no geral/ sem especificar (17 participantes: 8 do G1, 5 do G2 e 4 do G3) como elementos relativos à **formação entre pares**. Estes elementos foram igualmente os mais referidos (57, 33 e 22 citações, respetivamente). Os participantes dos três grupos referiram ainda os processos

de **integração** de novos enfermeiros nos serviços (2 do G1, 4 do G2 e 1 do G3), e o **pouco impacto** desta formação informal (2 do G1, 1 do G2 e 1 do G3).

Os entrevistados do Grupo 2 destacaram a **partilha entre colegas**, a **influência sobre a equipa** e o **servir de exemplo**, como exemplificam as seguintes palavras:

“se têm uma equipa que uns pares que sejam mais cuidativos da família que sejam mais ali, acabam também por ter um exemplo diferente e são capazes também de ouvir mais, pelo menos ouvem o colega a ouvir...”
[2G2]

Os únicos a considerar que a **formação entre pares gera formação individual** foram 3 participantes deste grupo: *“a formação da equipa vai gerar também a formação individual, vai levar a isso. Eu trabalhei já numa equipa em que dois terços do serviço tinha especialidade, e talvez se não fosse isso não tinha despertado o bichinho para a ir fazer”* [8G2].

Os participantes do Grupo 3 valorizaram a **partilha entre colegas** e a **influência sobre a equipa**, como este excerto mostra:

“a formação em pares é muito boa [...] porque acaba por tornar uma equipa mais unida e mais [...] não a pensar da mesma forma, mas... com fundamentos baseados na mesma, [...] na mesma evidência, científica, não é?” [6G3]

Servir de exemplo foi igualmente realçado por 3 destes participantes (*“é fácil de perceber “eh pá aquela pessoa faz daquela maneira e... Tem resultados bons”, eu acho que é fácil mudar de comportamento”* [4G3]) e 1 deles foi o único participante do estudo a considerá-la **fundamental**: *“com muita ajuda das minhas colegas, que foi o fundamental, foi os conhecimentos que elas me transmitiram”* [9G3].

Os participantes do Grupo 1 pareceram mais focados na **influência sobre a equipa, contributo inespecífico** (*“acho que é muito benéfico os contributos [da formação entre pares], porque eu acho que nós trazemos sempre contributos da nossa experiência profissional e pessoal da nossa profissão”* [3G1]) e o único

grupo a descrever a **atitude colaborativa** da **formação entre pares** (“quando há uma boa relação com a equipa as coisas acontecem quase naturalmente, não há aqui melhor que eu ou pior que eu, e as pessoas acabam por se ajudar umas às outras e todos participamos e colaboramos” [1G1]).

Embora a formação informal seja valorizada pelos participantes dos três grupos, alguns deles também a descreveram de forma mais negativa: **conflituosa**, **contributo ambivalente**, **formação para qualquer coisa**, **pouco impacto** ou **impacto relativo** foram algumas dessas referências. O discurso dos entrevistados pareceu basear-se na competitividade dos enfermeiros, na falta de sensibilidade em relação aos colegas, na falta de interesse em relação aos assuntos que os outros elementos da equipa pudessem querer discutir e na resistência à mudança. Recorremos a este exemplo para o mostrar:

“Às vezes não influencia tanto como eu gostava, e eu tenho essa noção! Ou seja, temos muito a tendência de olhar para o nosso umbigo e convencer-nos que somos muito bons e ter um bocadinho de dificuldade em pedir ajuda.” [3G1]

Como pode acontecer com a formação não-formal, a formação informal desenrola-se no contexto profissional, representando formação entre equipas de trabalho e é focada no problema (e.g., Gonçalves, 2012; Tojal, 2011). Ambas podem promover mudanças no comportamento e cuidados de saúde, principalmente quando os profissionais querem ou estão disponíveis para essa aprendizagem e mudança e se o “formador” for capaz de os motivar (e.g., Gonçalves 2012; Gopee, 2002; Tojal, 2011; WHO, 2016).

A formação informal refere-se à educação/ formação entre pares durante as passagens de turno e o trabalho em equipa do quotidiano (Bjørk, et al., 2013; Guimarães, 2000; Pinheiro, et al., 2014). Muito embora os locais de trabalho representem espaços de socialização profissional nos quais os membros da equipa partilham valores, regras, conhecimento e papéis sociais, como os nossos dados também demonstram, nem sempre os enfermeiros são capazes de reconhecer o que aprenderam através da formação informal (Guimarães, 2000). A justificação pode recair sobre a sua forma não-estruturada que ocorre

ao longo das rotinas dos serviços, pelo não reconhecimento destes momentos quando eles estão a decorrer, bem como pelo facto de poderem representar experiências de aprendizagens distintas para cada um dos elementos da equipa (e.g., Guimarães, 2000; Macedo, et al., 2019). Todavia, o valor da formação informal é largamente defendido, argumentando-se que os contextos de trabalho podem constituir fortes potenciadores da aprendizagem dos enfermeiros (Gopee, 2002).

Como já argumentamos anteriormente na Parte I deste trabalho, é essencial perceber como e o que sabem os enfermeiros para além da certificação das suas competências através de cursos formais ou não-formais, conferentes de grau académico ou título profissional, se estivermos interessados em compreender a dimensão dos seus conhecimentos e competências (Gopee, 2001; Singh, 2015). Para isso, importa conhecer e perceber como se adquirem competências nestes contextos informais, de trabalho. Quando falam sobre a **formação entre pares**, os participantes enaltecem a sua importância baseados nas suas características, nomeadamente a **partilha entre colegas**, a **influência sobre a equipa**, a forma como um colega pode **servir de exemplo** para os outros enfermeiros e como pode influenciar a prestação de cuidados. Reconhecem este tipo de formação durante o trabalho em equipa, as passagens de turno e a **integração** de novos elementos (*“os enfermeiros terminam a formação inicial generalistas, e depois têm que ser integrados em equipas que- que tenham então profissionais com diferentes estadios de desenvolvimento profissional e conhecimentos e habilidades”* [3G2]). A formação entre pares apresenta-se como uma partilha de conhecimentos, ressaltando-se que a oportunidade, estratégias e disponibilidade dos profissionais para a mesma devem já fazer parte do ambiente e equipa de trabalho para que ela ocorra (Gopee, 2002). Estes resultados estão de acordo com o pressuposto de que os enfermeiros devem ter a capacidade de trabalhar colaborativamente com os outros (e.g., Grealish, et al., 2019) e que as práticas dos enfermeiros peritos podem influenciar aquelas dos enfermeiros iniciados ou competentes e, possivelmente, facilitar a sua passagem para o nível proficiente ou perito (e.g., Benner, 1982; Marañón & Pera, 2015).

No entanto, também foram apontados aspetos mais negativos da formação informal. Assim sendo, os dados reforçam as descrições dos serviços como locais de socialização (Bjørk, et al., 2013; Guimarães, 2000), mas também sugerem que as características pessoais de cada um irão influenciar a sua disponibilidade para aprender, deixando por clarificar se e como as relações pessoais e profissionais influenciam(ram) este processo de aprendizagem entre pares. Marañón & Pera (2015), perceberam que os estudantes de enfermagem preferiam um enfermeiro supervisor que estivesse disponível para os orientar em detrimento de outro que fosse detentor de elevados conhecimentos e/ou competências, mas não reunisse essa disponibilidade. Bjørk, et al. (2013), sublinharam o contributo de ambientes promotores de aprendizagem, onde a discussão entre colegas fosse fomentada e como o “servir de exemplo” facilitava a aprendizagem com os outros. Ambos os estudos estão alinhados com a importância de ser e estar disponível para ensinar/ colaborar com os colegas.

Também a **formação entre pares associada a formação formal/ não formal** é descrita por quase metade dos entrevistados como relevante para a prática de enfermagem (6 participantes do G1, 8 do G2 e 3 do G3): *“eu penso até que uma deveria complementar a outra”* [13G1]. Destacamos ainda que 5 dos participantes do Grupo 3 descrevem a **formação entre pares** [como] **mais relevante** do que a formação formal e/ou não formal: *“existe a partilha e a troca, não é o debitar da informação. [...] É uma partilha, é uma troca. [...] E eu acho que aí as pessoas motivam-se mais, entregam-se mais, estão mais atentas... pelo menos, eu pessoalmente estou bastante mais atenta numa situação dessas do que numa, numa situação de debitar matéria”* [6G3].

Percebemos, mais uma vez, que a formação e a qualidade dos cuidados prestados não são dissociáveis, mas também que formação e aprendizagem não têm o mesmo significado: a última implica mudança de comportamentos (Gonçalves, 2012), como vimos no capítulo 4. Interligamos, como descrito no mesmo capítulo, a reflexão na e sobre a prática, o ajuste de comportamentos/ações e o contexto de trabalho à reflexão sobre a interação entre os saberes e o trabalho em si (Abreu, 2001; Guimarães, 2000). Ressalvamos, então, que os resultados acima referidos mostram que os participantes valorizam o que se

aprende em contextos formais, não-formais e informais e a integração desses conhecimentos no exercício das suas funções.

As perspetivas e as experiências dos participantes sobre a formação Touchpoints (formação não-formal) também foram exploradas, questionando-os, por exemplo, “se alguma vez pensaram em a realizar/ porque a realizaram?”, “que contributo identificam após a formação?” e “se os seus colegas com formação Touchpoints de alguma forma o influenciam(ram) a si?”.

No caso específico do Grupo 1, a **aplicabilidade dos conceitos** (“*tem conceitos muito... muito práticos, muito aplicáveis, o que faz com que seja mais facilmente, também... aplicável*” [3G1]), a aquisição de **outros conhecimentos** sobre saúde infantil (“*sobretudo aprendi coisas. Se calhar algumas podia ter alguma ideia, mas não tinha, pelo menos, consciência delas*” [5G1]) e **ter contacto com peritos em Touchpoints** foram apontados como aspetos da **formação do próprio**, quando questionados acerca da *formação no modelo Touchpoints*. Explicaram que a sua **motivação para formação** foi baseada em **leituras anteriores** e na vontade de **conhecer melhor o modelo**, entre outros motivos: “*mas ler os livros não é a mesma coisa que fazer o curso e, portanto, queria conhecer um bocadinho melhor a filosofia dele* [Berry Brazelton]” [8G1]. Do discurso destes participantes emergem a **mudança de perspetiva** e a **complementação** de conhecimentos teóricos e práticos como principais **contributos do modelo Touchpoints para a própria prática**, tal como já explorado neste capítulo de análise e discussão dos dados. Foi afirmado por 2 enfermeiros deste grupo que esta formação deveria estar **integrada na especialidade** (“*deveria fazer parte do plano de uma especialidade*” [13G1]) e 1 deles salientou o **contributo do modelo Touchpoints para a [sua] vida pessoal**.

Quando partilharam a sua experiência em falar com os seus colegas sobre Touchpoints, para a maioria dos participantes do Grupo 1 a **explicação do modelo** ocorreu em **contexto de formação formal** (em colaboração com Escolas de Enfermagem ou reuniões científicas) (“*eu tive a experiência de ir uma vez à escola de enfermagem dar uma aula para a especialidade*” [8G1]), o que associamos ao facto de este ser o grupo com maior número de participantes que são docentes em Escolas de Enfermagem. Outros (6 participantes do G1)

reportaram-se ao **passa-palavra** (“foi passar a palavra, aquela coisa de passar a palavra, incentivar outros a ir” [6G1]). Mas 3 participantes deste grupo também expressaram como foi **difícil de explicar** aos outros o que sabiam, como nem sempre eles compreendiam ou lhes fazia sentido: “*também acho que eles não entenderam. Não percebem bem o que é que está por trás. Porque estão à espera de cuidados de, cuidados disto, cuidados daquilo, está a entender? E isto não é uma coisa dois e dois igual a quatro*” [8G1].

Relativamente aos enfermeiros sem formação Touchpoints, a maioria já tinha ouvido falar (“**ouvi falar**”) sobre Touchpoints, embora assumissem saber pouco (“**sei pouco**”), e tinham ou conheciam um ou mais colegas que tivessem realizado a formação Touchpoints, como vimos no subcapítulo 8.2. Apenas 3 participantes (2 do Grupo 2 e 1 do Grupo 3) referiram “**não conheço**” o MODELO TOUCHPOINTS e 2 enfermeiros do Grupo 3 não identificaram nenhum colega com formação Touchpoints. Três participantes do Grupo 2 conheciam colegas com formação Touchpoints, mas com os quais não trabalhavam diretamente.

Como exposto na resposta à questão de investigação B, os participantes sem formação Touchpoints adquiriram *conhecimento sobre o modelo Touchpoints* em contextos de **formação formal** ou **em conferências** ou em **contactos com peritos na área** e metade através de **leituras**. Sete destes participantes (4 do G2 e 3 do G3) também apontaram a **falta de oportunidade** como motivo para não realizar formação Touchpoints (“*não fiz porque não se proporcionou. Mas já pensei porque gostei tanto*” [2G2]).

Percebemos que os participantes do grupo com formação Touchpoints consideram esta formação uma mais-valia para a sua prática clínica (e para si próprios, como vimos nas respostas às questões de investigação anteriores), pela **aplicabilidade dos conceitos** e **outros conhecimentos** adquiridos. Reconhecem como esses conhecimentos resultaram numa **mudança de perspetiva** sobre o recém-nascido, os pais, os cuidados de enfermagem e o papel dos enfermeiros, como explorado noutros pontos deste capítulo e como o seguinte excerto mostra:

“aprofundar conhecimentos e atualizar conhecimentos, esse foi um dos contributos que retirei daqui. A outra questão que retirei desta formação foi o contacto com peritos na área, [...] e sobretudo encontrar pessoas com uma enorme dedicação à criança. Estas foram daquelas coisas que retirei... e, portanto, estes contributos, porquê? eu não vejo só como conteúdos que retiro da formação, mas vejo isto mais, de uma forma mais abrangente, porque a experiência que os outros nos passam também é promotor do nosso desenvolvimento pessoal e profissional” [16G1]

Com os participantes do Grupo 1 a reportarem-se à aquisição de conhecimentos teórico-práticos e à sua mudança de comportamentos após a formação em Touchpoints, percebemos claramente o conceito de aprendizagem que temos vindo a expor ao longo da resposta a esta questão de investigação.

A abordagem Touchpoints é relacional e centrada na família, valoriza os bebés como seres sociais e os pais como peritos e assume os profissionais como parceiros nos cuidados à criança numa postura colaborativa (e.g., Sparrow, 2014). Os resultados deste estudo mostram também que, apesar de não terem realizado a formação, os participantes sem formação Touchpoints referiram igualmente contributos desta abordagem/ formação para a enfermagem, como destacamos na resposta à questão de investigação B. Estes resultados vão ao encontro do que tem sido apontado por outros autores, assumindo que a formação Touchpoints traduz um benefício para os cuidados de enfermagem ao recém-nascido/ criança e sua família (e.g., Percy & McIntyre, 2001; Soares, 2016; Soares, et al., 2016; Stadtler, et al., 2013).

Como já temos destacado ao longo do presente documento, a abordagem Touchpoints considera o desenvolvimento infantil como um processo dinâmico e salienta a importância dos “touchpoints” como oportunidades de intervenção para os profissionais junto das crianças e suas famílias, aspetos que sustentam a formação nesta área. O curso intensivo em Touchpoints pretende preparar os formandos para a autorreflexão, autodescoberta, autodesenvolvimento e domínio dos seus novos conhecimentos e competências. Também facilita a mudança de perspetiva sobre o profissional como um perito e os pais como

“aprendizes” para uma onde os pais é que são os peritos e o profissional um apoio à mestria parental (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018).

Em Portugal, esta formação iniciou-se em 2002, com a colaboração de Berry Brazelton e Joshua Sparrow. Entre 2002 e 2020 procurou-se promover a compreensão crítica do desenvolvimento infantil e implementação de estratégias relacionais que permitissem aos formandos construir e alicerçar as suas interações com as crianças e famílias. Metodologias de formação como apresentações teóricas, demonstrações, reflexões individuais e em grupo têm sido adotadas, à imagem das formações internacionais (e.g., Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018), promovendo a prática reflexiva. Desde 2017 – e à luz das diretrizes do Brazelton Touchpoints Center – a prática reflexiva foi reforçada no programa da formação Touchpoints em Portugal, suportando um método mais sistemático de os formandos se apropriarem do conhecimento e competências aplicando-os no dia-a-dia do seu trabalho. Defende-se que quem aprende através da prática reflexiva consegue manter e sustentar estes conhecimentos e competências ao longo do tempo comparativamente àqueles que não a praticaram (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018). Percebemos que a formação Touchpoints em Portugal tem evoluído, mas esclarecer se o discurso dos formandos acompanhou esta evolução está para além dos resultados deste trabalho, pois os nossos participantes do Grupo 1 realizaram a sua formação antes de 2017.

Os enfermeiros foram, de facto, um dos primeiros grupos profissionais a “abraçar” esta abordagem (Sparrow, 2013; Stadtler, et al., 2013). Programas curriculares de formação em enfermagem foram ajustados aos seus conceitos (Percy, et al., 2002), livros de enfermagem em pediatria incluem a NBO, NBAS e abordagem Touchpoints (Stadler, et al., 2010) e instituições de saúde têm reconhecido a formação em Touchpoints como uma medida de melhoria da qualidade (Stadtler, et al., 2013). Para além disso, por exemplo em Portugal, um estudo mostrou que a satisfação de enfermeiros e pais pode ser atingida com intervenções de enfermagem baseadas nesta abordagem (Soares, et al., 2016), bem como, ter um impacto positivo sobre a perceção dos pais acerca do papel e práticas dos enfermeiros (Soares, 2016). Como vimos no capítulo introdutório

deste trabalho, têm-se realizado vários cursos intensivos em Touchpoints na Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família entre 2002 e 2020, e como descrevemos no subcapítulo 8.1., segundo o registo da referida Fundação, 36 enfermeiros realizaram formação em Touchpoints entre 2002 e 2017.

Quando questionados acerca das **características profissionais dos colegas com formação**, a maioria dos enfermeiros do Grupo 3 revelaram que estes colegas os influenciaram (“influenciou-me”), ou que para si serve de exemplo ou, até, que distingue[m]-se dos outros (*“se distingue da restante equipa nesse sentido e julgo que o modelo Touchpoints contribui imenso para isso”* [3G3]). Relativamente à identificação das características dos colegas e/ou à forma como eles influenciaram os participantes e/ou os seus cuidados, estes reportaram-se a como o elemento com formação Touchpoints valoriza a família (*“uma sensibilidade diferente para lidar para lidar essas questões com os pais”* [3G3]), valoriza o bebé (*“mas nota-se muito por aí e nessa leitura constante do comportamento do bebé”* [7G3]), valoriza a relação pais-bebé (*“que exista uma harmonia no convívio entre eles [pais e bebé], e não salientar só as coisas... e as dificuldades, não é? Minimizar as dificuldades e maximizar a harmonia”* [6G3]), valoriza o envolvimento dos pais (*“perceber o ritmo dos pais, incorporar os pais, tudo mais... [...] essa característica de englobar a família”* [4G3]) e ao seu planeamento de cuidados (*“o planeamento dos cuidados tem sempre o... essa característica de englobar a família e de pensar na criança”* [4G3]). Estes aspetos remetem para elementos centrais do modelo Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003), como já referimos anteriormente. Contudo, 3 dos participantes deste grupo afirmaram “não identifico” características nos seus colegas (*“não consigo fazer ligação nenhuma, de certeza que ela faz muita coisa que nós não percebemos e que vem dessa formação, mas que não... sinceramente não, não consigo ligar”* [2G3]) e 2 salientaram que “poderia não ser diferente antes da formação” (*“não sei distinguir se é, se era daí ou se já veio daí, ou se é antes ou se é depois”* [8G3]).

Os participantes do Grupo 2 também assumiram os *contributos do modelo Touchpoints para a própria prática* apesar de não terem realizado esta formação,

possivelmente devido a outros contactos com a abordagem Touchpoints, como temos vindo a referir. **Valorizar a família, complementação** da prática profissional e **referencial de enfermagem** foram os contributos referidos.

Os nossos dados mostraram ainda que 1 participante do Grupo 3 descreveu a **mudança de perspectiva** como *contributo do modelo Touchpoints para a própria prática*: “ou pelo menos foi o que mais me interessou [no modelo Touchpoints], não sei... foi muito a... maneira como o recém-nascido logo nos primeiros dias de vida reage ao mundo exterior [...] a interação que o recém-nascido pode ter com o meio ambiente e daí estimular os pais a... [...] Pronto, a mim foi o que me chamou mais à atenção, foi a maneira como esses pais ficaram a olhar para aquele recém-nascido, [...] como um ser que logo ao nascimento, praticamente... mesmo, né? Interage, e acho que isso influenciou de uma maneira...” [8G3].

Acrescentamos que 3 participantes sem formação Touchpoints (2 do Grupo 2 e 1 do Grupo 3) assumiram que se identificam (“**Eu identifico-me**”) com a ABORDAGEM BRAZELTON: “porque, entretanto - eu sei que não faço de propósito, mas inconscientemente, no meu dia a dia, ele [o modelo Touchpoints] está presente.” [12G2].

Os dados também sugerem que as características que os enfermeiros do Grupo 3 identificam nesses seus colegas com formação Touchpoints são semelhantes às que parecem valorizar na sua própria prática, nomeadamente quando falam sobre a sua relação e cuidados aos recém-nascidos e seus pais e quando descrevem os recém-nascidos (Tabela 8.). Por exemplo, todos os participantes deste grupo que identificaram **valoriza a família** como uma das ***características profissionais dos colegas com formação*** Touchpoints, na *descrição das próprias práticas* como ENFERMEIRO destacaram o **foco na família** e valorizaram os **conhecimentos dos pais** e as suas **vivências enquanto pais** na sua RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO, elucidando sobre a sua preocupação e valorização dos pais/ família. Outro exemplo prende-se com todos os participantes do G3 que identificaram **valoriza o envolvimento dos pais** como uma das ***características profissionais dos colegas com formação*** Touchpoints e na *descrição das próprias práticas* enquanto ENFERMEIRO afirmaram a sua **disponibilidade e interesse em relação aos pais**. O mesmo

se verificou em todos estes participantes que identificaram valoriza o bebê como **características profissionais dos colegas com formação Touchpoints**, ao constatar que todos eles assumem valorizar as competências do recém-nascido, revelam preocupação com o doente e metade deles assumem a utilização do comportamento como linguagem [do recém-nascido] na *descrição das próprias práticas* enquanto ENFERMEIRO. Foi ainda possível suportar esta ideia ao verificar que todos aqueles que admitiram que o colega com formação Touchpoints o influenciou (“influenciou-me”) também mostraram *valorização dos pais e suas vivências* ao referirem-se à RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO, descreveram os pais como peritos ao falarem sobre a RELAÇÃO PAIS-BEBÉ e dizem valorizar as competências do recém-nascido. A valorização dos pais, das competências do recém-nascido, bem como, as relações entre pais e filhos e entre pais-criança e enfermeiros suportam os Princípios e Pressupostos parentais da abordagem Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003), como vimos no capítulo 1 e no subcapítulo 8.3.

Tabela 8.

Referências do G3 (n=9) relativamente aos colegas com formação Touchpoints e as suas descrições e perspectivas e experiências sobre as suas próprias práticas e relações.

CATEGORIAS DE PRIMEIRA e de <u>última geração</u>	Categorias de <u>última geração</u> da categoria <i>características profissionais dos colegas com formação</i>											
	<u>Planeamento dos cuidados</u> (n=1)		<u>Valoriza a família</u> (n=2)		<u>Valoriza a relação pais-bebé</u> (n=2)		<u>Valoriza o envolvimento dos pais</u> (n=3)		<u>Valoriza o bebé</u> (n=4)		<u>“Influenciou-me”</u> (n=6)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ENFERMEIRO												
<u>Disponibilidade e interesse em relação aos pais</u>	1	100,0	1	50,0	2	100,0	3	100,0	4	100,0	6	100,0
<u>Foco na família</u>	1	100,0	2	100,0	1	50,0	2	66,7	4	100,0	4	66,7
<u>Preocupação com o recém-nascido/ criança</u>	1	100,0	2	100,0	2	100,0	2	66,7	4	100,0	5	83,3
<u>Utilização do comportamento como linguagem</u>	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	33,3	2	50,0	2	33,3
<u>Trabalho em equipa</u>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3
RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO												
<u>Conhecimentos dos pais</u>	1	100,0	2	100,0	2	100,0	3	100,0	4	100,0	6	100,0
<u>Vivências dos pais</u>	1	100,0	2	100,0	2	100,0	3	100,0	4	100,0	6	100,0
<u>Promover a autonomia dos pais</u>	0	0,0	1	50,0	1	50,0	1	33,3	2	50,0	2	33,3
RELAÇÃO PAIS-BEBÉ												
<u>Pais como peritos</u>	1	100,0	1	50,0	2	100,0	3	100,0	4	100,0	6	100,0
PERÍODO NEONATAL												
<u>Valorizar as competências</u> [do recém-nascido]	1	100,0	1	50,0	2	100,0	3	100,0	4	100,0	6	100,0

Os resultados mostram que, de facto, os participantes do Grupo 3 foram aqueles que, no seu discurso, mais deram testemunho da importância da formação informal. Estes enfermeiros foram, inclusivamente, capazes de identificar características profissionais dos seus colegas com formação Touchpoints e de assumir e descrever de que forma eles influenciaram as suas perspetivas e/ou os cuidados que prestam. Identificámos que os participantes deste grupo descrevem características profissionais dos seus colegas com formação Touchpoints que, de alguma forma, se aproximam daquilo que eles valorizam nos cuidados de enfermagem, reconhecem que vale a pena aprender e eles próprios estão disponíveis e interessados em aprender. Resta, portanto, perceber se, por um lado, as **características profissionais dos colegas com formação** Touchpoints que os participantes do G3 lhes apontam são ou aproximam-se daquelas que valorizam em si próprios e sustentam a sua prática; ou, por outro lado, porque estão atentos aos outros, dão-lhes importância e identificam-nos como um exemplo, procuram aprender e fazer como os colegas e, assim sendo, enumeram essas características também em si próprios.

O discurso dos participantes remete para a possibilidade de alguns elementos de uma equipa servirem de exemplo para os outros e da aprendizagem entre colegas acontecer, como vimos no capítulo 4. De facto, alguns estudos têm demonstrado a influência que os colegas têm uns sobre os outros, seja em contexto clínico seja em contexto académico (Gopee, 2002). Também nestes resultados percebemos, como descrito no referido capítulo da Parte I, que os contextos de trabalho e as experiências profissionais originam aprendizagens distintas para os enfermeiros, fruto dos relacionamentos entre pessoas, da prestação de cuidados de enfermagem, entre outros (Guimarães, 2000).

Como descreveu Abreu (2001), o contexto de trabalho e os processos de formação informal a que nos temos vindo a referir são determinantes na construção da identidade do enfermeiro como profissional e membro de uma equipa de trabalho e como base para a prática de enfermagem. É este equilíbrio entre os conhecimentos teóricos e a sua aplicabilidade no contexto de exercício que sustenta a formação informal e que os nossos resultados suportam.

Contudo, muito embora os dados nos elucidem sobre a influência de enfermeiros com formação Touchpoints sobre aqueles que não têm essa formação, não podemos afirmar que esta será a única forma e/ou a mais eficaz de os últimos perceberem a influência da abordagem Touchpoints nos cuidados de enfermagem, já que os enfermeiros destes grupos de participantes (2 e 3) admite conhecê-la por outras fontes para além dos seus colegas de trabalho. Por outras palavras, podemos apontar para a influência de enfermeiros com formação Touchpoints sobre as perspetivas e experiências e (possivelmente) mudanças nas práticas dos seus colegas, mas não podemos inferir que esta seja a única maneira de demonstrar o contributo da abordagem Touchpoints para a prática de enfermagem.

A investigação tem sublinhado os benefícios da formação Touchpoints para os pais, crianças, profissionais, comunidades e organizações, nomeadamente em relação ao conhecimento profissional sobre desenvolvimento infantil, às competências relacionais dos profissionais e sua capacidade em manter relações positivas e baseadas em forças com os pais, à redução do stress parental, à adesão aos tratamentos e melhoria do ganhos em desenvolvimento da criança e à promoção da interação pais-filhos (Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018), como exposto na figura 5.

Figura 5.

Resultados da abordagem Touchpoints

Curto prazo
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil e relações com as famílias. • Mudanças nas atitudes profissionais em relação aos pais e famílias.
Médio prazo
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Para o enfermeiro</u>: conhecimento sustentado sobre desenvolvimento infantil e relações com as famílias; melhoria das práticas clínicas; aplicação dos conceitos Touchpoints. • <u>Para os pais</u>: experiências positivas com a relação e práticas dos enfermeiros; redução do stress.
Longo prazo
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Para a Organização</u>: mudança na cultura e práticas de cuidados. • <u>Para o enfermeiro</u>: melhoria da capacidade de relacionamento com os colegas. • <u>Para a família</u>: relações positivas com os enfermeiros, melhoria do seu bem-estar como pais, melhoria da interação com os filhos. • <u>Para a criança</u>: desenvolvimento saudável; melhor desempenho escolar; melhor relacionamento com os professores

Nota: adaptado de Ayoub & Vele-Tabaddor, 2018

As perspectivas e experiências reveladas nos discursos dos participantes com formação e sem formação Touchpoints face, especificamente, aos contributos do modelo Touchpoints, apontam para uma sugestão de alteração no quadro de sistematização inspirado em Ayoub e Vele-Tabaddor (2018) que acabamos de apresentar. Considerando o momento em que os participantes fizeram a sua formação em Touchpoints e aquele das entrevistas (nalguns casos entrevistamos o participante do G1 treze anos após a sua formação e noutros casos os participantes do G3 foram entrevistados cinco anos após a formação do seu colega), poderemos dizer que os resultados da abordagem Touchpoints se sentem também a longo prazo, no que aos conhecimentos dos enfermeiros sobre desenvolvimento infantil e relações com as famílias, melhoria das práticas clínicas e aplicação dos conceitos Touchpoints diz respeito, para além do relacionamento com os colegas. Tal não exclui, no entanto, a importância da continuidade da formação e a sua atualização (como já foi destacado quando falamos em formação ao longo da vida) e, por exemplo, a possibilidade de supervisão no âmbito do modelo Touchpoints, como apoio à sua integração na prática diária e à melhoria da prestação de cuidados e satisfação do profissional – o que a prática reflexiva também suporta, como salientamos anteriormente.

Importa mais uma vez reforçar que, embora não possamos distanciar a formação profissional da qualidade dos cuidados de enfermagem, formação e aprendizagem são conceitos diferentes (International Council of Nurses, 2008). Quer isto dizer, como já defendemos, que para reconhecer a aprendizagem, podemos esperar alterações no comportamento e pensamento dos formandos, bem como a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos (Bastos, 2014; Marañón & Pera, 2015; Tojal, 2011). Os nossos resultados parecem apontar para diversos aspetos descritos pelos participantes do G1 em relação às suas práticas e perspectivas que participantes do G3 parecem reconhecer nos seus colegas com formação Touchpoints – o que elucida sobre essas alterações de comportamento e que podem ser lidos como testemunhos de aprendizagem desses profissionais.

Conclusão

Os capítulos anteriores abordaram os contributos teóricos que contextualizam este estudo (Parte I) e ainda o desenho de investigação e as opções metodológicas (Parte II). O capítulo que antecede esta Conclusão expõe detalhadamente os resultados desta investigação e a sua discussão (Parte III). A partir deste momento, apresentam-se as principais conclusões deste estudo, os seus pontos fortes, possíveis implicações para a prática de enfermagem, bem como, as suas limitações e sugestões para investigações futuras.

No início deste estudo, propusemo-nos a explorar as perspetivas e as experiências dos enfermeiros sobre o contributo da abordagem Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade. Em termos metodológicos, uma abordagem qualitativa possibilitou analisar o fenómeno em estudo, focando-nos nos significados que os participantes atribuíram à sua realidade (Bradshaw, et al., 2017) sobre os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade, quer aos pais quer ao recém-nascido. Exploramos o que o seu discurso elucida sobre as suas experiências e as suas perspetivas sobre a os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade, focando-nos na linguagem que os entrevistados utilizam, assumindo os seus relatos e as suas palavras como retratos fiéis desses significados (Bradshaw, et al., 2017; Sandelowski, 2000). Com a aproximação dos dados que um estudo qualitativo descritivo permite, pretendemos obter conhecimentos (pouco interpretativos) sobre o fenómeno em estudo, mostrando a sua relevância para a prática de enfermagem (Bradshaw, et al., 2017; Chafe, 2017; Sandelowski, 2000; Sullivan-Bolyai, et al., 2005).

Consideramos, essencialmente, que os nossos resultados permitem compreender o contributo do modelo Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade. As diferenças entre os discursos dos participantes com formação Touchpoints e os dos participantes sem formação Touchpoints permitem elucidar, mais especificamente, como os conceitos deste modelo estão integrados (e influenciam) as perspetivas e as experiências dos enfermeiros sobre:

- o recém-nascido e os pais
- o seu relacionamento com os pais (conferindo um acréscimo à relação de parceria já advogada por estes profissionais)
- o papel do enfermeiro e a importância da sua intervenção no período neonatal

De uma forma mais detalhada, os dados revelam, no entender dos participantes, aquilo que parece ser um impacto positivo relativamente à aplicabilidade dos conceitos do referido modelo na prestação de cuidados. Os resultados mostram que os enfermeiros com formação Touchpoints identificam uma mudança de perspetiva, identificando um “antes” e um “depois” da formação nos seus conhecimentos e cuidados prestados.

Os participantes com formação Touchpoints reportam-se ao modelo Touchpoints como um modelo positivo e de intervenção, que valoriza os pais e as crianças. As suas **perspetivas** sobre o recém-nascido indicam a sua valorização, ao descreverem-no como socialmente competente e único (ser individual, diferente de outros recém-nascidos). Este foi o grupo de participantes que mais referiu o padrão de comportamento do recém-nascido como a sua forma de comunicar com os outros. O facto de a maioria dos participantes do G1 tê-lo referido, aponta para o reconhecimento das competências do recém-nascido e do seu comportamento como estratégia de aproximação aos pais e de promoção da relação entre eles e o seu filho – um dos elementos centrais na abordagem Touchpoints (e.g., Brazelton & Sparrow, 2003; Sparrow, 2013). Relativamente ao desenvolvimento infantil, as **perspetivas** dos enfermeiros deste grupo descrevem-no como descontínuo e dinâmico. Reconhecem como fatores influenciadores do desenvolvimento o papel do ambiente (nomeadamente a relação entre pais e filhos) e da própria criança, bem como, a reciprocidade entre eles. Encontramos igualmente vários aspetos no discurso dos participantes do G1 que elucidam sobre as suas **perspetivas** acerca da importância atribuída ao 2º “touchpoint” (período no qual incidimos o objeto de estudo deste trabalho). Assumem que o enfermeiro deve apoiar os pais na compreensão do comportamento e desenvolvimento do seu filho. Igualmente, parecem valorizar o período neonatal ao descreverem-no como importante para os pais e para o

recém-nascido e ao reconhecê-lo como um momento-chave para a intervenção do enfermeiro. Assumem, como parte da intervenção do enfermeiro, promover o desenvolvimento infantil, apoiar e valorizar as forças dos pais e entendem igualmente a importância da valorização das vivências dos pais (pessoais e enquanto pais).

Os participantes com formação Touchpoints descrevem, também, as suas **experiências** na construção da relação com os pais. Advogam-na como um caminho percorrido “a três” (pais, criança, enfermeiro) e baseiam-na em cuidados antecipatórios. Adicionalmente, a descrição das suas **experiências** na prestação de cuidados na transição para a parentalidade e da própria relação com os pais parece assentar na valorização destes como peritos e na promoção da relação de parceria entre eles e o enfermeiro.

Comparativamente, nos discursos dos participantes sem formação Touchpoints encontramos características distintas. Tal como os participantes do G1, as **perspetivas** dos enfermeiros sem formação Touchpoints sobre o recém-nascido mostram que o descrevem como um ser social, com diferenças individuais. Em relação ao desenvolvimento infantil, contudo, as suas **perspetivas** diferem dos enfermeiros do G1 ao descreverem-no como multidimensional e evolutivo (identificando-se, todavia, nos discursos do G3 alguns aspetos que podemos associar à abordagem Touchpoints, remetendo novamente para a formação informal). Apontam como fatores influenciadores do desenvolvimento infantil o ambiente (nomeadamente a relação entre pais e filhos) e a própria criança, bem como a interação entre eles. Ressalvamos que todos os participantes do G3 e a maioria dos do G2 referiram que a intervenção do enfermeiro passa por influenciar o desenvolvimento infantil.

Em relação às **perspetivas** sobre o período neonatal, os participantes sem formação Touchpoints descrevem-no como um período complicado para os pais, importante para os recém-nascidos e como os enfermeiros podem/ devem apoiar as famílias ao longo desta fase, mas focando-se menos do que os participantes do G1 sobre a intervenção dos enfermeiros neste período.

Sobre a relação com os pais, as **perspetivas** dos entrevistados sem formação Touchpoints permitem inferir que estão mais focados no seu papel de “educadores” para a saúde, assumindo-se como detentores de conhecimentos de que os pais necessitam para cuidar dos filhos e desempenharem o seu papel de pais. Referem-se ao ensinar, instruir e treinar de capacidades parentais, após a identificação das necessidades dos pais, na descrição das suas **experiências** na prestação de cuidados na transição para a parentalidade. Na mesma linha de raciocínio, descrevem a própria relação como uma relação de parceria com os pais, assente na confiança. Embora as **perspetivas** e as **experiências** destes participantes integrem nos seus discursos conceitos de cuidados centrados na criança e sua família e na parceria de cuidados, também se focam mais nestes aspetos que apontam para o enfermeiro como detentor e transmissor do conhecimento sobre o recém-nascido para os pais, como vimos.

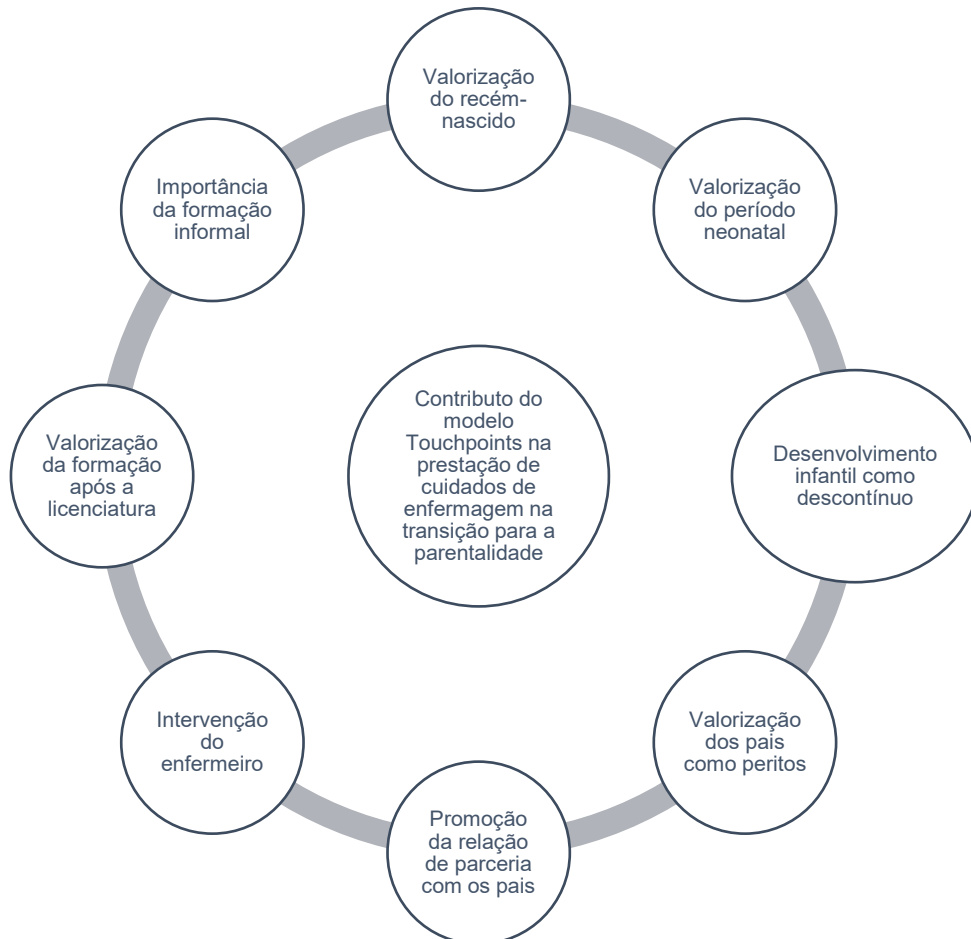
Os nossos dados permitem também testemunhar como os colegas de equipa dos enfermeiros com formação Touchpoints identificam características específicas nos seus colegas e/ou nos cuidados que eles prestam, que se relacionam diretamente com conceitos do referido modelo. Para além disso, os resultados permitem depreender a disponibilidade e interesse dos participantes do G3 em aprender com os colegas do G1, principalmente quando se reportam à influência que os últimos tiveram sobre eles e sobre a sua prática.

Percebemos, portanto, que os participantes com formação Touchpoints descrevem o contributo deste modelo na sua prestação de cuidados, principalmente nas suas **perspetivas** sobre o recém-nascido e sobre a relação pais-filho e nas suas **experiências** sobre a relação pais-enfermeiro e sobre o papel do enfermeiro. A evidência da “marca” Touchpoints nos seus discursos, aliada ao facto de afirmarem a sua mudança de perspetiva após a formação e a enumeração de contributos para os cuidados de enfermagem diretamente associados a conceitos-chave da abordagem Touchpoints, mostra-nos que há alteração do seu pensar e incorporação destes conhecimentos na descrição do seu agir.

A Figura 6 apresenta a visão geral das ideias que se destacaram no discurso dos participantes e que sustentam as conclusões deste estudo.

Figura 6.

Principais ideias do discurso dos participantes que sustentam as conclusões do estudo.



CONTRIBUTOS DO ESTUDO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Com os resultados deste estudo, acima de tudo, assumimos que, no entender dos participantes, a aplicação dos conceitos Touchpoints no contexto da prestação direta de cuidados **acarreta contributos para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade**, nomeadamente:

- na *valorização do recém-nascido* como ser socialmente competente
- no *reconhecimento do desenvolvimento infantil* como descontínuo e sistémico, numa lógica de surtos desenvolvimentais da criança como

momentos desestabilizadores da harmonia familiar e oportunidades de intervenção para os profissionais

- na *valorização do período neonatal* para o recém-nascido e para a família
- no *reforço da relação entre pais e profissionais*, assumindo o papel do profissional como um suporte

Desta forma, consideramos ter atingido o nosso objetivo principal, ao explorar o contributo do modelo Touchpoints na prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade, na perspetiva dos enfermeiros, mostrando que ele existe, já que os resultados evidenciam a presença dos conceitos Touchpoints no discurso do grupo que realizou esta formação. De facto, não só os enfermeiros com formação Touchpoints revelam os seus conhecimentos nesta área e expõem a sua aplicação no seu exercício profissional, como também mostramos que os seus colegas de equipa (G3) identificam características profissionais nestes enfermeiros (G1), que associamos aos elementos do modelo Touchpoints.

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Contudo também se identificaram algumas **limitações** neste trabalho. No que aos participantes diz respeito, embora todos os enfermeiros portugueses com formação realizada em Touchpoints até 2017 inclusive tenham sido identificados, a sua participação era voluntária, pelo que os participantes deste grupo representam apenas uma parte do número de enfermeiros com formação nesta área até essa data. Os nossos dados poderão então corresponder a enfermeiros com formação Touchpoints para quem o referido modelo é visto como útil para o seu exercício profissional e por isso aceitaram participar. Estes enfermeiros descrevem as suas experiências e as suas perspetivas da forma como apresentámos e fomos discutindo, ficando em aberto se aqueles que não participaram terão um olhar semelhante.

Apontamos como outra das limitações deste estudo o facto de não conseguirmos atingir a saturação teórica no Grupo 3, devido às questões práticas previamente descritas.

Como esta investigação se foca na percepção dos enfermeiros, sugerimos também **futuros estudos** que explorem a percepção dos pais sobre os cuidados de enfermagem no período neonatal prestados por enfermeiros com formação Touchpoints. Julgamos que poderão esclarecer sobre o seu impacto na perspectiva dos pais, bem como, sobre a sua satisfação com esses cuidados. Recordamos que o trabalho de Soares, et al. (2016) estudou a influência de uma intervenção baseada no modelo Touchpoints nas percepções e satisfação dos pais com o seu papel e o do enfermeiro (entre outros resultados), mas com crianças entre os 11 e os 24 meses, não integrando o recém-nascido. Consideramos, igualmente, que pode ser relevante investigar a relação entre enfermeiros com formação em Touchpoints e o recém-nascido, uma vez que, como já referimos, o discurso dos participantes deste estudo não elucida sobre as perspetivas e as experiências dos participantes nesta relação.

Os nossos resultados mostram o contributo do modelo Touchpoints no pensar e na descrição do agir dos enfermeiros, mostrando que são aprendidos com formação nesta área. Assim sendo, podemos, ainda, recomendar a inclusão das temáticas sobre Touchpoints na formação dos enfermeiros que prestam cuidados aos recém-nascidos e suas famílias. Igualmente, deve favorecer-se a possibilidade de partilha destes conhecimentos nos contextos de formação informais (e noutros momentos de formação não-formal), para que se possam disseminar pelas equipas de enfermagem, motivando a procura de mais informação/ formação nesta área e promovendo o contributo da sua aplicação nos cuidados de enfermagem.

Brazelton acreditava que os enfermeiros representavam o grupo de profissionais que mais se alinhavam com os seus métodos (Stadtler, et al., 2013). Diversos estudos têm mostrado como os profissionais de saúde estarão melhor preparados para apoiar os indivíduos nos seus processos de transição se compreenderem os fatores que os influenciam e implementarem intervenções que auxiliem as pessoas a compreender esses processos (Kralik, et al., 2006). Como afirma Meleis (2019), os enfermeiros estão no centro dos processos de transição e têm sempre apoiado os indivíduos na sua preparação para as mudanças que lhes estão associadas e como um dos participantes deste estudo

salientou: “o modelo ou a filosofia Touchpoints, encontra-se na perfeição [para a Enfermagem]. *Encaixa que nem uma luva, é!*” [8G1].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, Formação Local e Saúde Lda.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Als, H. (1986). A Synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. Em J. K. Sweeney, *The high-risk Neonate: Developmental therapy perspectives* (pp. 3-55). Haworth Press.
- Als, H., Butler, S., Kosta, S., & McAnulty, G. (2005). The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): Furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(1), 94-102. doi:10.1002/mrdd.20053
- Alves, A. R. (2014). *Impacto da formação pós-graduada em enfermagem nas conceções e práticas dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Athanasakis, E. (2013). Synthesizing Knowledge about Nursing Shift Handovers: Overview and Reflections from Evidence-Based Literature. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 300-313.
- Ayoub, C., & Vele-Tabaddor, E. (2018). 11: Touchpoints-Informed Practice: A Promising Approach for Family Engagement and Child Development Understanding in Early Childhood Systems. Em A. S. Morris, & A. C. Williamson, *Building Early Social and Emotional Relationships with Infants and Toddlers: Integrating Research and Practice* (pp. 259-275). Springer.

- Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less Is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 195–215.
- Bakermans-kranenburg, M., IJzendoorn, M., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, *26*(3), 191 - 216. doi:10.1002/imhj.20046.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barlow, J., Herath, N. I., Torrance, C. B., Bennett, C., & Wei, Y. (2018). The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral Observations (NBO) system for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*. doi:10.1002/14651858.CD011754.pub2
- Bastos, A. L. (2014). *O Enfermeiro Gestor na Formação em Serviço: A Família em Contexto Hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Beaver, K., Knibbs, S., Hobden, S., & Albone, J. (2020). *State of the Nation: Understanding Public Attitudes to the Early Years*. Ipsos MORI; Royal Foundation.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, *82*(3), 402-407.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição comemorativa ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Benner, P. (2005). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, Technology and Society Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, *24*(3), 188-199.
- Benner, P. (2011). Formation in Professional Education: An examination of the relationship between Theories of Meaning and Theories of the Self. *Journal of Medicine and Philosophy*, *36*, 342–353.

- Bhering, E., & Sarkis, A. (2000). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes*, 27, 7-20.
- Biggsby, R. (2010). Fueling Development by Enhancing Infant–Caregiver Relationships: Transformation in the Developmental Therapies. Em B. Lester, & J. D. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 219-230). Wiley-Blackwell.
- Bjørk, I. T., Tøien, M., & Sørensen, A. L. (2013). Exploring informal learning among hospital nurses. *Journal of Workplace Learning*, 25(7), 426-440.
- Blanchard, R. D., Engle, D. L., Howley, L. D., Whicker, S. A., & Nagler, A. (2016). From the coliseum to the convention centre: a reflection on the current state of medical education conferences and conference-goers. *Medical Education*, 50, 1258–1261.
- Boukydis, C. Z., Biggsby, R., & Lester, B. M. (2004). Clinical Use of the Neonatal Intensive Care Unit Network Neurobehavioral Scale. *Pediatrics*, 113(Supplement 2), 679-689.
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 1–8.
- Brandt, K. (2013). T. Berry Brazelton, MD: A lifetime of contributions from a giant in our field. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 186-192.
- Brandt, K., & Murphy, J. M. (2010). Touchpoints in a Nurse Home Visiting Program. Em B. Lester, & J. D. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 177-191). Wiley-Blackwell.
- Brazelton, T. B. (1990). Saving the Bathwater. *Child Development*, 61, 1661-1671.
- Brazelton, T. B. (1999). How to help parents of young children: the Touchpoints model. *Journal of Perinatology*, 19, S6-S7.

- Brazelton, T. B. (2005). Forças e pressões na família dos nossos dias: preparar o futuro. Em J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, T. B. Brazelton, & e. al., *A criança e a família no século XXI* (pp. 49 - 59). Lisboa: Dinalivro e Paterson Marsh Ltd.
- Brazelton, T. B. (2009). The Role of the Neonatal Behavioral Assessment Scale: Personal Reflections. Em J. K. Nugent, B. J. Petrauskas, & T. B. Brazelton, *The newborn as a person* (pp. 278-286). Jon Wiley & Sons, Inc.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (2007). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (2011). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Londres: MacKeith Press.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003). *The Touchpoints model of development*. Obtido de Brazelton Touchpoints Center: http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf
- Britt, G. C., & Myers, B. J. (1994(a)). The effects of Brazelton intervention: A review. *Infant Mental Health Journal*, *15*, 278-292.
- Britt, G. C., & Myers, B. J. (1994(b)). Testing the effectiveness of NBAS intervention with a substance-using population. *Infant Mental Health Journal*, *15*, 293- 304.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, *32*(7), 513–531. doi:10.1037/0003-066x.32.7.513
- Bronfenbrenner, U. (2005). Preparar um mundo para a criança no século XXI: o desafio da investigação. Em J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, T. B. Brazelton, & e. al., *A criança e a família no século XXI* (pp. 79-89). Lisboa: Dinalivro.

- Bronfenbrenner, U. B., & Ceci, S. J. (1994). Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, 101, pp. 568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9(1), 15-25. doi:10.1111/1467-9507.00114
- Brazelton Touchpoints Center (2000). *Individual level training manual*. Brazelton Touchpoints Center.
- Cabral, S., Pinto, D., Castelão, S., & Fuertes, M. (2018). ATEIA, Uma Rede De Profissionais - Relações e Práticas Reflexivas Touchpoints. Em M. Fuertes, C. Nunes, D. Lino, & T. Almeida(coord.), *Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce* (pp. 101-133). Lisboa: CIED (Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais) - Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa.
- Cabrera, J. P. (2018). Maternal Role Attainment Theory: Promoting Maternal Identity and Family Health. *International Journal of Childbirth Education*, 33(2), 21-23.
- Canals, J., Fernández-Ballart, J., & Esparó, G. (2003). Evolution of neonatal behavior assessment scale scores in the first month of life. *Infant Behavior & Development*, 26, 227–237.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade - Compreensão segundo diferentes perspetivas teóricas. Em I. L. (coordenadora), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225 - 256). Lisboa : Fim de século .
- Cardoso, A. M. (2011). *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.

- Cardoso, A. M., & Marín, H. d. (2018). Lacunas de conhecimentos e habilidades de mães portuguesas associados à saúde do recém-nascido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26. doi:10.1590/1518-8345.1859.2997
- Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 11-20.
- Carpenter, D. R. (2002). Capítulo 6: Método de Teoria Fundamentada. Em H. J. Streubert, & D. R. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem : avançando o imperativo humanista* (2ª ed., pp. 111-128). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Casey, A. (2010). Assessing and planning care in partnership. Em E. A. Glasper, & J. Richardson[eds.], *A Textbook of Children's and Young People's Nursing* (2nd edition ed., pp. 87-100). Churchill Livingstone Elsevier.
- Center on the Developing Child. (2016). *From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach to Building a More Promising Future for Young Children and Families*. Center on the Developing Child at Harvard University. Obtido de <https://developingchild.harvard.edu/>
- Chafe, R. (2017). The Value of Qualitative Description in Health Services and Policy Research. *Healthcare Policy* , 12(3), 12-18.
- Chamberlian, K., Stephens, C., & Lyons, A. C. (1997). Encompassing experience: Meanings and methods in health psychology<. *Psychology & Health*, 12(5), 691-709.
- Cheetham, N. B., & Hanssen, T. A. (2014). The Neonatal Behavioral Observation System: A Tool to Enhance the Transition to Motherhood. *Vård i Norden*, 34(4), 48-52. doi:10.1177/010740831403400410
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Obtido de ScholarlyCommons: Repository : <http://repository.upenn.edu/nrs/9>

- Cohen, S. D. (2017). *Três Princípios para Obter Resultados Melhores para as Crianças e as Famílias*. Center on the Developing Child at Harvard University. Obtido de <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Coyne, I. (2013). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*(18), 796–808.
- Dantas, C., Leite, J. L., Lima, S. B., & Stipp, M. A. (2009). Operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]*, 17(4), 573-579. Obtido de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400021&script=sci_abstract&tlng=pt
- Das Eiden, R., & Reifman, A. (1996). Effects of Brazelton Demonstrations on Later Parenting: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 857-868.
- Davis, L., Taylor, H., & Reyes, H. (2014). Lifelong learning in nursing: A Delphi study. *Nurse Education Today* (34), 441-445.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8. doi:10.1186/1471-2393-8-30
- Delors, J., Century, I. C.-f., & UNESCO. (1996). *Learning, the treasure within: Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century*. Paris: Unesco Pub.
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10(1), 66-77. doi:10.1046/j.1440-1800.2003.00157.x.
- Duarte, M. (2000). A Formação de Adultos: Prespectivas de Aprendizagem. *Revista Referência*(5).
- Duarte, S. I. (2007). *O modelo Touchpoint: o nascimento da relação, em conjunto com os pais. A utilização do modelo e a sua relação com as representações*

maternas da parentalidade, estilos de vinculação maternos e interacção. Diferenças ou semelhanças? Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Duff, B., Gardner, G., & Osborne, S. (2014). An integrated educational model for continuing nurse education. *Nurse Education Today*, 34, 104-111.

Duffy, R. F. (2010). Chapter 25: Anne Casey. *Pioneering Theories in Nursing*. (Q. B. Ltd, Ed.) London. Obtido de Google Books: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=uY6_BAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=anne+casey+nursing+theory&ots=GE2u8QLCD7&sig=EsotunGfVGjmVO75hazOBxhWvdU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Elliott, R., & Timulak, L. (2005). Chapter 11: Descriptive and interpretive approaches to qualitative research. Em J. Miles, & P. Gilbert [Eds.], *A Handbook of Research Methods for Clinical and Health Psychology* (pp. 147-159). Nova Iorque: Oxford University Press

Emmanuel, T., Dall'Ora, C., Ewings, S., & Griffiths, P. (2020). Are long shifts, overtime and staffing levels associated with nurses' opportunity for educational activities, communication and continuity of care assignments? A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100002>

Fights, S. D. (2012). Lifelong Learning: Improving Patient Care and Nursing Practice. *Medsurg Nursing*, 21(4), 193,208.

Forstadt, L. (Fevereiro de 2012). Home visiting and reflective practice: when systems change means practice change. *Reflective Practice*, 13, 97-114.

Frederico-Ferreira, M., & Loureiro, C. (2013). Motivos para a procura de mestrados: estudo exploratório com enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 67-74.

Fuhrmann, D., Knoll, L. J., & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(10), 558-566.

- Gomes-Pedro, J. (1986). Competências e comportamentos do recém-nascido: modo e significado da sua avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 207-214.
- Gomes-Pedro, J. (2003). CLNBAS A avaliação neuro-comportamental do recém-nascido para aplicação clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36, 389-391.
- Gomes-Pedro, J. (2005). A Criança no século XXI. Em J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, G. J. Young, & T. B. Brazelton, *A criança e a família no século XXI* (pp. 23-48). Dinalivro.
- Gomes-Pedro, J. (2009). The newborn as a Touchpoint: training pediatricians in Portugal. Em J. K. Nugent, B. J. Petrauskas, & T. B. Brazelton (Eds.), *The newborn as a person: enabling healthy infant development worldwide* (pp. 171-182). John Wiley & Sons.
- Gomes-Pedro, J., Bento de Almeida, J., Silveira da Costa, C., Barbosa, A., & Torgal, F. (1986). Dinâmica da regulação dos estádios de consciência no primeiro mês de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 197-200.
- Gonçalves, A. C. (2012). *A formação pelos pares: um contributo para melhorar a avaliação das necessidades dos utentes*. Dissertação de Mestrado (Relatório de estágio), Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Gopee, N. (2000). Self-assessment and the concept of the lifelong learning nurse. *British Journal of Nursing*, 9(11), 724-729.
- Gopee, N. (2001). Lifelong learning in nursing: perceptions and realities. *Nurse Education Today*, 21, 607-615.
- Gopee, N. (2002). Human and social capital as facilitators of lifelong learning in nursing. *Nurse Education Today*, 22, 608-616.
- Gopee, N. (2005). Facilitating the implementation of lifelong learning in nursing. *British Journal of Nursing*, 14(14), 761-767.
- Govranos, M., & Newton, J. M. (2014). Exploring ward nurses' perceptions of continuing education in clinical settings. *Nurse Education Today*, 34, 655-660.

- Graça, L. C., Figueiredo, M. d., & Carreira, M. T. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 27-35.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Grealish, L., Armit, L., Shaw, J., Frommolt, V., Mitchell, C., Mitchell, M., . . . Billet, S. (2019). Learning through structured peer discussion: An observational study. *Nurse Education Today*, 82, 99-105.
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer*, 24(3), 99-102.
- Guimarães, P. (2000). Aprender no Local de Trabalho: Um Outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem. *IV Congresso Português de Sociologia*, (pp. 1-15).
- Habib, C. (2012). The transition to fatherhood: A literature review exploring paternal involvement with identity theory. *Journal of Family Studies*, 18(2-3), 4-21. doi:10.5172/jfs.2012.2606
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., & Nelson, M. A. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31(1), 57-70.
- Harrison, T. M. (October de 2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343.
- Hart, S., Field, T., & Nearing, G. (1998). Depressed mother's neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 351-356.
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental Transitions. Em A. I. [ed.] Meleis, *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 87-93). New York: Springer Publishing Company.

- Hébert, C. (2015). Knowing and/or experiencing: a critical examination of the reflective models of John Dewey and Donald Schön. *Reflective Practice*, 16(3), 361-371. doi:10.1080/14623943.2015.1023281
- Higley, A. M., & Miller, M. A. (1996). The development of parenting: Nursing resources. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 25, 707-713.
- Høifødt, R. S., Nordahl, D., Landsem, I. P., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., . . . Wang, C. E. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, 20(300). doi:10.1186/s12888-020-02669-y
- Hornstein, J. (2014). *Brazelton's Neurodevelopmental and Relational Touchpoints and Infant Mental Health*. Obtido em 10 de 2020, de MassAIMH - Massachusetts Association for Infant Mental Health: <https://massaimh.org/wp-content/uploads/2020/02/Brazelton's-Neurodevelopmental-and-Relational-Touchpoints-and-Infant-Mental-Health-Horsteing.pdf>
- Husmillo, M. (2013). Maternal Role Attainment Theory. *International Journal of Childbirth Education*, 28(2), 46-48.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019a). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. Obtido em Outubro de 2020, de Pordata: <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019b). *Taxa de fecundidade geral*. Obtido em Outubro de 2020, de Pordata: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+geral-618>
- International Council of Nurses. (2020). *ICNP translations: Portuguese 2019 release*. Obtido em Dezembro de 2020, de International Council of Nurses: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

- Kamariannaki, D., Alikari, V., Sachlas, A., Stathoulis, J., Fradelos, E., & Zyga, S. (2017). Motivations for the participation of nurses in continuing nursing education programs. *Archives of Hellenic Medicine*, *34*(2), 229-235.
- Keefer, C. H. (2010). Early Innovations in Behavioral/Developmental Pediatric Fellowship Training: A Fresh Approach to Medical Professional Development. Em B. Lester, & J. D. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 300-308). Wiley-Blackwell.
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in Nursing and Health*, *40*(1), 23-42. doi:10.1002/nur.21768
- Koh, Y., Chui, C., Tang, C., & Lee, A. (2014). The Prevalence and Risk Factors of Paternal Depression from the Antenatal to the Postpartum Period and the Relationships between Antenatal and Postpartum Depression among Fathers in Hong Kong. *Depression Research and Treatment*. doi:10.1155/2014/127632/
- Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and design. *European Journal of General Practice*, *23*(1), 274–279.
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, *24*(1), 120–124.
- Kowitlawakul, Y. (2013). From novice to expert: Sharing professional development experience in different practice settings. *Singapore Nursing Journal*, *40*(3), 43-46.
- Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *55*(3), 320-329.
- Kristensen, I. H., & Kronborg, H. (2018). What are the effects of supporting early parenting by enhancing parents' understanding of the infant? Study protocol for a cluster-randomized community-based trial of the Newborn Behavioral

Observation (NBO) method. *BMC Public Health*, 18(832). doi:10.1186/s12889-018-5747-4

Kusaka, R., Ohgi, S., Gima, H., & Fujimoto, T. (2007). Short-term effects of the Neonatal Behavioral Assessment Scale-based intervention for infants with developmental disabilities. *Journal of Physical Therapy Science*, 19, 1-8.

Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2012). Editorial: Qualitative Descriptive Research: An Acceptable Design. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 255-256.

Legard, R., Keegan, J., & Ward, K. (2003). Chapter 6: In-depth Interviews. Em & J. J. Ritchie, *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (pp. 138-169). London: SAGE Publications.

Lester, B. M. (2010). Transforming the research landscape. Em B. M. Lester, & J. D. Sparrow, *Nurturing children and families : building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 3-14). Wiley-Blackwell.

Lester, B. M., & Tronick, E. Z. (2004). The Neonatal Intensive Care Unit Network Neurobehavioral Scale Procedures. *Pediatrics*, 113(Supplement 2), 641-667.

Lewis, J., & Ritchie, J. (2003). Chapter 10: Generalising from Qualitative Research. Em J. Ritchie, & J. Lewis [eds.], *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (pp. 263-286). SAGE Publications.

Lipsitt, L. P. (2005). A experiência precoce e o comportamento do bebé no século XXI. Em J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, T. B. Brazelton, & e. al., *A criança e a família no século XXI* (pp. 93-125). Lisboa: Dinalivro.

Lopes, M. S., Lopes, F. O., Catarino, H., & Dixe, M. D. (2010). *Parentalidade nos primeiros três anos da criança: Stress e coping auto relatados pelos pais*. Obtido em 31 de 10 de 2011, de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/277044957_Parentalidade_nos_primeiros_tres_anos_da_crianca_stress_e_coping_auto_relatados_pelos_pais

- Lowan, L. B., Stone, L. L., & Cole, J. G. (2006). Using developmental assessments in the NICU to empower families. *Neonatal Network*, 25, 177-186.
- Lundqvist, C., & Sabel, K.-G. (2000). Brief report: The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale detects differences among newborn infants of optimal health. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 577-582.
- Lutz, K., Anderson, L., Riesch, S., Pridham, K., & Becker, P. (2009). Furthering the Understanding of Parent-Child Relationships: A Nursing Scholarship Review Series. Part 2: Grasping the Early Parenting Experience-The Insider View. *Journal for specialists in pediatric nursing*. doi:14. 262-83. 10.1111/j.1744-6155.2009.00209.x.
- Macedo, A. P., Padilha, K. G., & Püschel, V. A. (2019). Práticas profissionais de educação/formação dos enfermeiros em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 338-345.
- MacKean, G. L., Thurston, W. E., & Scott, C. M. (2005). Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expectations*(8), 74–85.
- Marañón, A. A., & Pera, M. P. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35, 859–863.
- Martínez-Gertner, M., Costas-Moragas, C., Botet-Mussons, F., & Fornieles-Deu, A. (2004). Efectos de una intervención temprana basada en la escala de Brazelton sobre las percepciones maternas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 143-170.
- Martins, C. A., Abreu, W. J., & Figueiredo, M. d. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 121-131.

- Meleis, A. I. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1). Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145257605001>
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mercer, R. T. (2010). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. Em A. I. Meleis[ed.], *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 94-104). New York: Springer Publishing Company.
- Miller, W. R. (2010). Qualitative Research Findings as Evidence: Utility in Nursing Practice. *Clinical Nurse Specialist*, 24(4), 191-193.
- Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. Em N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 220-235). SAGE Publications.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9-18.
- Myers, B. J. (1982). Early Intervention using Brazelton training with middle-class mothers. *Child Development*, 53, 462-471.

- Nagy, E. (2011). The Newborn Infant: A Missing Stage in Developmental Psychology. *Infant and Child Development*, 20, 3-19.
- Noseff, J. (2014). Theory Usage and Application Paper: Maternal Role Attainment. *International Journal of Childbirth Education*, 29(3), 58-61.
- Nugent, J. K. (2010). The Development of the NBAS: A Turning Point in Understanding the Newborn. Em B. Lester, & J. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 42-52). Wiley-Blackwell.
- Nugent, J. K. (2013). The Competent Newborn and the Neonatal Behavioral Assessment Scale: T. Berry Brazelton's Legacy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 173-179.
- Nugent, J. K. (2014). The Newborn Period – where hope and happiness meet. Em T. B. Brazelton, N. Bruschweiler-Stern, M. Davillier, B. Lester, J. K. Nugent, J. D. Sparrow, & E. Tronick (Ed.), *Valuing baby and family passion, towards a science of happiness*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian .
- Nugent, J. K. (2019). Historical Perspectives: Berry Brazelton: Le Magnifique. *NeoReviews*, 20(2), e615-e621. Obtido em 2020 de 01 de 20, de <http://neoreviews.aappublications.org/content/20/11/e615>
- Nugent, J. K., & Brazelton, T. B. (1989). Preventive intervention with infant and families: the NBAS model. *Infant Mental Health Journal*, 10, 84-99.
- Nugent, J. K., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. C., & Blanchard, Y. (2017). *Understanding Newborn Behavior and Early Relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Nugent, J. K., Bartlett, J., Von Ende, A., & Valim, C. (2017). The Effects of the Newborn Behavioral Observations (NBO) System on Sensitivity in Mother-Infant Interactions. *Infants and Young Children*, 30, 257–268. doi:10.1097/IYC.000000000000103.

- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*(46), 319-330.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), pp. 1245-1251.
- OECD. (2011). *Doing Better for Families*. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/9789264098732-en
- Ohgi, S., Fukuda, M., Akiyama, T., & Gima, H. (2004). Effect of an early intervention programme on low birthweight infants with cerehral injuries. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40, 689-695.
- Olds, D. L. (2010). The Nurse–Family Partnership. Em Lester, Barry, & J. D. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 192-204). Wiley-Blackwell.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de Competências Comuns e ESPECÍFICAS do Enfermeiro Especialista*. Obtido de Ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido de Ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Anuário Estatístico 2023*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Page, M., Pool, L., Crick, M., & Leahy, R. (2020). Empowerment of learning and knowledge: Appreciating professional development for registered nurses in aged residential care. *Nurse Education in Practice, 43*, 102703.
- Peña, F. Y., & Castillo, M. A. (2006). Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 3*(14), 309-315.
- Percy, M. S. (2006). Using a development-relational model in the school setting. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 11*, 207-210.
- Percy, M. S., & McIntyre, L. (2001). Using Touchpoints to Promote Parental Self-Competence in Low-Income, Minority, Pregnant, and Parenting Teen Mothers. *Journal of Pediatric Nursing, 16*, 180-186.
- Percy, M. S., Stadtler, A., & Sands, D. (2002). Changing the face of pediatric nurse practitioner education. *Maternal Child Nursing, 27*, 223-228.
- Pinheiro, G. M., Macedo, A. P., & Costa, N. M. (2014). Collaborative supervision and professional development in Nursing. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(2), 101-109.
- Pollock, M. A., Amankwaa, L. C., & Amankwaa, A. A. (2005). First-Time Fathers and Stressors in the Postpartum Period. *Journal of Perinatal Education, 14*(2), 19-25.
- Pope, C., & Mays, N. (2006). Chapter 1: Qualitative methods in health research. Em C. Pope, & N. Mays[eds.], *Qualitative research in health care* (3rd ed., pp. 1-11). Oxford: Blackwell Publishing Ltd; BMJ Books.
- Queiroz, M. C., Figueiredo, A. S., & Caldeira, S. (2017). Revisão Sintética das Dissertações e Teses Portuguesas sobre Educação em Enfermagem. *Pensar Enfermagem, 21*(1), 31-44.

- Quek, G. J., Ho, G. H., Hassan, N. B., Quek, S. E., & Shorey, S. (2019). Perceptions of preceptorship among newly graduated nurses and preceptors: A descriptive qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 37, 62-67.
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. d., & Erdmann, A. L. (2015). Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 137-146.
- Rimmer, W., & Floyd, A. (2020). The Contribution of Conferences to Teachers' Professionalism. *The Electronic Journal for English as a Second Language*, 24(1), 1-16.
- Ritchie, J., & Lewis [eds.], J. (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: SAGE Publications.
- Ritchie, J., Lewis, J., & Elam, G. (2003). Chapter 4: Designing and Selecting Samples. Em J. Ritchie, & J. Lewis [eds], *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (pp. 77-108). SAGE Publications.
- Rosas, A., & Xavier, M. R. (2017). Modelo Desenvolvidor de Brazelton na Formação Pós-Graduada em Enfermagem em Portugal. *Addressing and Supporting Family and Child Wellbeing - 15 years of Touchpoints in Portugal* (pp. 42-43). Lisboa: Fundação Brazelton/Gomes-Pedro para as Ciências do Bebê e da Família.
- Sá, F. L., Henriques, M. A., & Velez, M. A. (2019). presença da fenomenologia na investigação em enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 9-20.
- Sade, P. M., Peres, A. M., Zago, D. P., Matsuda, L. M., Wolff, L. D., & Bernardino, E. (2020). Avaliação dos efeitos da educação permanente para enfermagem em uma organização hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8.
- Saldaña, J. (2011). *Fundamentals of qualitative research: understanding qualitative research*. Nova Iorque: Oxford University Press.

- Sandelowski, M. (2000). Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a Name? Qualitative Description Revisited. *Research in Nursing & Health*, 33, 77-84.
- Sanders, L. W., & Buckner, E. B. (2006). The Newborn Behavioral Observations System as a nursing intervention to enhance engagement in first-time mothers: Feasibility and Desirability. *Pediatric Nursing*, 32, 455-459.
- Schumacher, K. I., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. (Outubro de 2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 30, 103-119.
- Singer, J. (2007). The Brazelton Touchpoints Approach to infants and toddlers in care: Foundation for a lifetime of learning and loving. *Dimensions of early childhood*, 35, 4-11.
- Singer, J., & Hornstein, J. (2010). The Touchpoints Approach for Early Childhood Care and Education Providers. Em B. Lester, & J. D. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 288-299). Wiley-Blackwell.
- Singh, M. (2015). *Global perspectives on recognising non-formal and informal learning: Why recognition matters. Technical and vocational education and training: Issues, concerns and prospects series, vol. 21*. (U. I. Springer, Ed.) Obtido em October de 2020, de ERIC - Institute of Education Sciences: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED564014.pdf>
- Snape, D., & Spencer, L. (2003). Chapter 1: The Foundations of Qualitative Research. Em J. Ritchie, & J. Lewis[eds.], *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (pp. 2-10). London: SAGE Publications.

- Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Soares, H. (2016). 'Touchpoints' by nurses: impact on maternal representations, child development, quality of mother-infant interaction, and mothers' perception of the quality of relationships with nurses. *3rd PNAE Congress on Paediatric Nursing 2016: Beyond borders: Best practice in Nursing Children and Young People* (p. 7). Nursing Children and Young People.
- Soares, H., Pereira, S. M., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2016). "Touchpoints": parents and nurses' perceptions and satisfaction. *Da investigação às Práticas*, 6(2), 5-24. Obtido em 21 de Julho de 2018, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-13722016000200002&lng=pt&tlng=en.
- Sparrow, J. (2014). Touchpoints: Linking families, professionals, institutions and communities for children's health, education and wellbeing. Em J. C.-P. (Coord.), *Valuing Baby and Family Passion. Towards a Science of Happiness* (pp. 136-156). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sparrow, J. (2018). Berry Brazelton's Contributions to Research, Policy, and Practice: Improving Contexts and Conditions for Families with Infants. *Young Children*, 73(3), 6-8.
- Sparrow, J. D. (2007). Understanding stress in children. *Pediatric Annals*, 36, 187 - 194.
- Sparrow, J. D. (2010). Aligning Systems of Care with Development: Building Community through Collaborative Consultation. Em B. M. Lester, & J. D. Sparrow (Eds.), *Nurturing children and families: building on the legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 15-27). John Wiley & Sons.
- Sparrow, J. D. (2013). Newborn behavior, parent–infant interaction and developmental change processes: research roots of developmental, relational

and systems-theory-based practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 180-185.

Sparrow, J. D., & Brazelton, T. B. (2006). *A developmental approach to behavioral problems*. Obtido de The Brazelton Touchpoints Center: http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/A_Developmental_Approach_to_Behavioral_Problems_2006.pdf

Stadler, A. C., & Hornstein, J. (2009). The Touchpoints approach: United States. Em J. K. Nugent, B. J. Petrauskas, & T. B. Brazelton (Eds.), *The newborn as a person: enabling healthy infant development worldwide* (pp. 159-170). New Jersey: John Wiley & Sons.

Stadler, A. C., Novak, J. C., & Sparrow, J. D. (2010). Improving healthcare service delivery systems and outcomes with relationship-based nursing practices. Em B. M. Lester, & J. D. (eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton* (pp. 321-331). Oxford: Wiley-Blackwell Scientific.

Stadler, A. C., O'Brien, M. A., & Hornstein, J. (1995). The Touchpoints model: Building supportive alliances between parents and professionals. *Zero to Three Journal*, 24-28.

Stadler, A. C. (1999). Using the Language of the Child's Behavior in Your Work With Families. *Journal of Pediatric Health Care*, 13(3), S13-S16.

Stadler, A. C., Novak, J. C., & Sparrow, J. D. (2010). Improving healthcare service delivery systems and outcomes with relationship-based nursing practices. Em B. M. Lester, & J. D. Sparrow (eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton* (pp. 321-331). Oxford: Wiley-Blackwell Scientific.

Stadler, A. C., Tronick, E. Z., & Brazelton, T. B. (2001). The Touchpoints pediatric asthma program. *Pediatric Nursing*, 27, 459-461.

- Stadtler, A., Brandt, K., Novak, J., & Beauchesne, M. (2013). Reflections on T. Berry Brazelton, MD's Influence on Pediatric Nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(4), 234-238.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.
- Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., & Harper, D. (2005). Developing and refining interventions in persons with health disparities: The use of Qualitative Description. *Nursing Outlook* 2005, 53, 127-133.
- Sundal, H., & Vatne, S. (2020). Parents' and nurses' ideal collaboration in treatment-centered and home-like care of hospitalized preschool children – a qualitative study. *BMC Nursing*, 19(48).
- Swendsen, L. A., Meleis, A. I., & Jones, D. (1978). Role supplementation for new parents: A role mastery plan. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 3(2), 84-91.
- Taxtsoglou, K., Lera, M., Iliadis, C., Frantzana, A., Ouzounakis, P., & Kourkouta, L. (2020). Life Long Learning Programmes in the Nursing Context and Nurses' Satisfaction. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 563-572.
- Tojal, A. M. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), pp. 349-357.
- Trevarthen, C. (2011). What Is It Like to Be a Person Who Knows Nothing? Defining the Active Intersubjective Mind of a Newborn Human Being. *Infant and Child Development*, 20, 119-135.
- Tronick, E. (2010). Infants and Mothers: Self- and Mutual Regulation and Meaning Making. Em B. M. Lester, & J. D. Sparrow (eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton* (pp. 83-94). Oxford: Wiley-Blackwell Scientific.

- Turale, S. (2020). A Brief Introduction to Qualitative Description: A Research Design Worth Using. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(3), 289-291.
- Tyler, D. O., & Horner, S. D. (2008). Family-centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 194–203.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 15, 398-405.
- Walker, S. H., & Norris, K. (2020). What is the evidence that can inform the implementation of a preceptorship scheme for general practice nurses, and what is the evidence for the benefits of such a scheme?: A literature review and synthesis. *Nurse Education Today*, 86, 1-7. doi:10.1016/j.nedt.2019.104327
- Wall, K., Correia, R. B., & Gouveia, R. (2019). Atitudes face às licenças parentais em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 90, 55-76. doi:10.7458/SPP20199015525
- Weller, B. (2008). *Guidelines: incentives for health professionals*. World Health Organization, International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, World Dental Federation, World Medical Association, International Hospital Federation, World Confederation for Physical Therapy. Obtido de https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/alliance/Incentives_Guidelines%20ENG%20low.pdf?ua=1
- WHO. (2016). *Nurse educator core competencies*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258713>
- Worobey, J., & Brazelton, T. B. (1986). Experimenting with the family in the newborn period: A commentary. *Child Development*, 57, 1298-1300.

Xavier, M. R. (2008). Porque necessitamos de um modelo bioecológico–transaccional para pensar o futuro? *Cadernos De Pedagogia Social*, 2, 117-123.

Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of Partnership between Nurses and Parents of Hospitalized Children and the Quality of Pediatric Nursing Care as Perceived by Nurses. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 64-71.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A: QUESTÕES OPERACIONAIS

Objetivo Específico 1: Explorar as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados e relação estabelecida com os pais no âmbito do seu exercício profissional.

Questão de Investigação A): *Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação Touchpoints quanto ao recém-nascido, aos cuidados prestados e relação estabelecida com os pais no âmbito do seu exercício profissional?*

Questão Operacional A1 De que forma os enfermeiros com formação no modelo Touchpoints descrevem os cuidados prestados?

Questão Operacional A2 De que forma os enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints descrevem os cuidados prestados?

Questão Operacional A3 De que forma os enfermeiros com formação no modelo Touchpoints descrevem a relação com os pais?

Questão Operacional A4 De que forma os enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints descrevem a relação com os pais?

Questão Operacional A5 Como descrevem o recém-nascido os enfermeiros com formação no modelo Touchpoints?

Questão Operacional A6 Como descrevem o recém-nascido os enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints?

Objetivo Específico 2: Explorar as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto ao modelo Touchpoints em geral e quanto aos princípios e pressupostos que esta abordagem integra.

Questão de Investigação B): *Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação Touchpoints quanto ao modelo Touchpoints em geral?*

Questão Operacional B1 De que forma os enfermeiros com formação no modelo Touchpoints o descrevem?

Questão Operacional B2 De que forma os enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints o descrevem?

Questão de Investigação C: *Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com formação no modelo Touchpoints quanto aos Princípios e Pressupostos que este modelo integra?*

Questão Operacional C1 Os enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints revelam utilizar os princípios e pressupostos parentais no âmbito do seu exercício profissional?

Objetivo Específico 3: Explorar as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação no modelo Touchpoints quanto à formação (formal, informal e não formal) e sua importância para o exercício profissional.

Questão de Investigação D: *Quais as perspectivas e as experiências dos enfermeiros com e sem formação Touchpoints face ao contributo da formação para o exercício profissional?*

Questão Operacional D1 Como descrevem os enfermeiros com formação no modelo Touchpoints a relevância da formação para o seu exercício profissional?

Questão Operacional D2 Como descrevem os enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints a relevância da formação para o seu exercício profissional?

Questão Operacional D3 Como descrevem os enfermeiros com formação no modelo Touchpoints a relevância da formação para o exercício profissional no geral?

Questão Operacional D4 Como descrevem os enfermeiros sem formação no modelo Touchpoints a relevância da formação para o exercício profissional no geral?

Questão Operacional D5 Como descrevem os enfermeiros com formação Touchpoints a formação em Touchpoints?

Questão Operacional D6 Como descrevem os enfermeiros com formação Touchpoints a formação em Touchpoints?

APÊNDICE B: PARTICIPANTES

Apêndice B: Participantes

Código	Data	Local entrevista	Serviço	Idade	Género ⁴	Habilitações Literárias	Anos exercício Profissional	Anos no atual serviço	Categoria Profissional	Experiência como formador
1G1	14.12.2014	Lisboa	Escola de Enfermagem	44	F	Mestrado em Ciências da enfermagem	24	18	Professora Adjunta	Em serviço
2G1	22.01.2015	Coimbra	Escola de Enfermagem	55	M	Doutoramento em Psicologia	35	27	Professor Coordenador	Certificado de Competências Pedagógicas
3G1	05.03.2015	Lisboa	Neonatologia	33	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	12	3	Enfermeira Responsável	Departamento de Educação Permanente
4G1	13.03.2015	Lisboa	Escola de Enfermagem	56	F	Mestrado em Ciências da enfermagem	35	27	Professora Coordenadora	Não
5G1	13.03.2015	Lisboa	Escola de Enfermagem	56	F	Mestrado em Educação	35	25	Professora Adjunta	Não
1G2	18.03.2015	Porto	Escola de Enfermagem	57	F	Doutoramento em Psicologia	38	25	Professora Coordenadora	Em serviço
6G1	11.05.2015	Lisboa	Consulta Externa Pediatria	48	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	26	16	Enfermeira Especialista	Em serviço
2G2	13.05.2015	Porto	Escola de Enfermagem	49	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	27	7	Enfermeira Chefe	Não

⁴ F = Feminino
M = Masculino

Código	Data	Local entrevista	Serviço	Idade	Género ⁵	Habilitações Literárias	Anos exercício Profissional	Anos no atual serviço	Categoria Profissional	Experiência como formador
3G2	28.05.2015	Porto	Escola de Enfermagem	52	F	Doutoramento em Enfermagem	30	28	Professora Associada	Não
4G2	28.05.2015	Porto	Escola de Enfermagem	48	F	Mestrado em Enfermagem	25	22	Professora Adjunta	Não
7G1	08.06.2015	Porto	Cuidados Saúde Primários	47	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	25	17	Enfermeira Especialista	Em serviço
8G1	15.06.2015	Porto	Cuidados de Saúde Primários	46	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	24	9	Enfermeira	Em serviço
9G1	16.06.2015	skype	Cuidados de Saúde Primários	42	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	16	16	Enfermeira Especialista	Em serviço
10G1	30.06.2015	skype	Cuidados de Saúde Primários	52	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	27	14	Enfermeira Especialista	Não
11G1	15.07.2015	skype	Neonatologia	34	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	12	5	Enfermeira	Em serviço
5G2	15.07.2015	Porto	Cuidados de Saúde Primários	31	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	10	4	Enfermeira	Em serviço

⁵ F = Feminino M = Masculino

Apêndice B: Participantes

Código	Data	Local entrevista	Serviço	Idade	Género ⁶	Habilitações Literárias	Anos exercício Profissional	Anos no atual serviço	Categoria Profissional	Experiência como formador
6G2	26.08.2015	Lisboa	Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos	51	F	Pós-Graduação em Gestão da Saúde	30	2	Enfermeira Chefe	Departamento de Educação Permanente
7G2	30.09.2015	Porto	Neonatologia	36	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	15	10	Enfermeira	Instituto do Emprego e Formação Profissional
8G2	07.10.2015	Porto	Cuidados de Saúde Primários	28	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	6	3	Enfermeira	Em serviço
1G3	22.10.2015	Lisboa	Bloco de Partos	31	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	7	3	Enfermeira	Não
12G1	23.10.2015	Lisboa	Consulta Externa Pediatria	45	F	Licenciatura em Enfermagem	21	14	Enfermeira Graduada	Em serviço
2G3	23.10.2015	Lisboa	Neonatologia	26	F	Licenciatura em Enfermagem	3	3	Enfermeira	Não
9G2	26.10.2015	Porto	Neonatologia	34	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	12	9	Enfermeira	Em serviço

⁶ F = Feminino M = Masculino

Apêndice B: Participantes

Código	Data	Local entrevista	Serviço	Idade	Género ⁷	Habilitações Literárias	Anos exercício Profissional	Anos no atual serviço	Categoria Profissional	Experiência como formador
3G3	27.10.2015	Porto	Neonatologia	28	F	Licenciatura em Enfermagem	6	3	Enfermeira	Em serviço
4G3	04.11.2015	Porto	Neonatologia	32	F	Pós-Graduação Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais	10	5	Enfermeira	Em serviço
13G1	30.11.2015	skype	Escola de Enfermagem	57	F	Mestrado em Comunicação	35	13	Professora Adjunta	Outros
14G1	30.11.2015	skype	Escola de Enfermagem	47	F	Mestrado em Sexologia	25	12	Professora Adjunta	Outros
15G1	03.12.2015	skype	Escola de Enfermagem	51	F	Mestrado em Ciências da Enfermagem	29	20	Professora Adjunta	Em serviço
5G3	23.01.2016	skype	Cuidados de Saúde Primários	39	F	Licenciatura em Enfermagem	14	14	Enfermeira	Certificado de Competências Pedagógicas
6G3	26.01.2016	Porto	Neonatologia	35	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	13	5	Enfermeira	Departamento de Educação Permanente
7G3	27.06.2016	Porto	Neonatologia	29	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	9	6	Enfermeira	Em serviço

⁷ F = Feminino M = Masculino

Apêndice B: Participantes

Código	Data	Local entrevista	Serviço	Idade	Gênero ⁸	Habilitações Literárias	Anos exercício Profissional	Anos no atual serviço	Categoria Profissional	Experiência como formador
8G3	30.06.2016	Porto	Neonatologia	32	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	10	2	Enfermeira Especialista	Em serviço
9G3	30.06.2016	Porto	Neonatologia	27	F	Licenciatura em Enfermagem	4	4	Enfermeira	Em serviço
16G1	20.11.2018	skype	Escola de Enfermagem	57	M	Doutoramento em Enfermagem	35	18	Professor Adjunto	Em serviço
10G2	02.12.2019	telefone	Internamento Obstetrícia	43	F	Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	15	15	Enfermeira Especialista	Não
11G2	09.12.2019	skype	Internamento Obstetrícia	25	F	Licenciatura em Enfermagem	3	1	Enfermeira	Não
12G2	01.05.2020	skype	Consulta Externa Pediatria	46	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	26	3	Enfermeira Especialista	Não
13G2	01.05.2020	skype	Consulta Externa Pediatria	45	F	Pós-Licenciatura em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria	23	8	Enfermeira Especialista	Em serviço

⁸ F = Feminino M = Masculino

APÊNDICE C: GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de entrevista - "*Contributo do modelo Touchpoints na prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade*"
(Rosas, A. C. & Xavier, M. R. 2014)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Caracterização do participante

Código _____ (P /G1, G2, G3)

Data _____

Local da entrevista _____

Serviço _____

Idade: _____

Género: F N

Habilitações literárias: _____ (Lic, CPLEE, Pós-grad, Mest, Dout)

Anos de Serviço: _____

Anos de exercício profissional no atual local de trabalho: _____

Categoria profissional: _____

Experiência como formador: S N

Tipo: Em serviço Departamento de formação Outros _____

Áreas: _____

Temas	Tópicos específicos	Instruções
Desenvolvimento infantil	Desenvolvimento infantil em geral	<p>- Explorar a descrição do desenvolvimento infantil.</p> <p><i>O que é para si desenvolvimento infantil? Como o descreveria?</i></p> <p>- Explorar conhecimentos acerca do processo de aquisição de competências desenvolvimentais.</p> <p><i>E o que considera que influencia o desenvolvimento?</i></p>
	Desenvolvimento infantil e sistema familiar	<p>- Explorar perceção do impacto da aquisição de competências desenvolvimentais no sistema familiar.</p> <p><i>Considera que o desenvolvimento de criança e/ou as suas características têm influência no sistema familiar?</i></p> <p><i>De que forma tenta explorar o impacto do desenvolvimento infantil na família?</i></p> <p>- Explorar a importância atribuída ao papel dos pais/ família no desenvolvimento.</p> <p><i>Qual o papel dos pais/ da família no desenvolvimento infantil?</i></p> <p><i>Para si, qual é o papel de cada um dos elementos da família no desenvolvimento da criança?</i></p> <p>- Explorar a importância atribuída à relação pais – criança no desenvolvimento.</p>
Contributo do enfermeiro		<p>- Explorar a importância atribuída ao papel do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil.</p> <p><i>Qual é para si a importância do papel do enfermeiro no desenvolvimento?</i></p>

Recém-nascido e importância do período neonatal

Competências do recém-nascido

- Explorar percepção de comportamento do recém-nascido, características individuais, estratégias de comunicação.

Quais são as principais características que identifica no recém-nascido?

- Explorar percepção da importância do período neonatal para a continuação do desenvolvimento infantil.

Qual a importância do período neonatal para o desenvolvimento infantil?

Considera que o recém-nascido é um elemento ativo nas relações familiares?

[Explorar justificação]

Relação pais - bebé

- Explorar percepção da importância do período neonatal para a dinâmica das relações familiares.

Qual a importância do período neonatal para os pais?

Qual a importância do período neonatal para a dinâmica das relações familiares?

- Explorar valorização das vivências dos pais durante a prestação de cuidados.

Qual a importância que atribui ao modo como os pais vivenciam a prestação de cuidados ao seu bebé?

Que ferramentas considera que facilitam a comunicação/ relação entre o recém-nascido e os adultos/pais?

[Explorar motivo]

Descrição das próprias práticas		<ul style="list-style-type: none">- <i>Qual é o seu foco de atenção na prestação de cuidados ao recém-nascido?</i>- <i>Quais as principais ferramentas/ estratégias utilizadas na prestação de cuidados ao recém-nascido?</i>- <i>Por que princípios rege a sua prestação de cuidados?</i>- <i>Que aspetos para si são mais relevantes na prestação de cuidados?)</i>- <i>Quando presencia a interação entre pais - bebés, quais são os aspetos que mais valoriza? Explorar motivo.</i>
Relação pais-enfermeiros	Descrição Geral	<ul style="list-style-type: none">- <i>Qual é, para si, o papel do enfermeiro junto do sistema familiar? E especificamente no período neonatal? Explorar importância atribuída à prestação direta de cuidados, relação terapêutica, cumprimento de protocolos...</i>- <i>Considera que os pais valorizam o papel dos enfermeiros? Sim/ Não. Explorar em que aspetos e porquê.</i>

Importância atribuída e descrição das próprias práticas

- *A relação entre os enfermeiros e os pais é importante?* Explorar justificação.
- Explorar aspetos mais e menos valorizados na relação com os pais.

Que aspetos considera mais importantes na relação com os pais?

Existem aspetos que considera não serem importantes/ não terem repercussões na relação com os pais?

- *Os pais constituem para si uma fonte de conhecimento sobre o recém-nascido?* Explorar justificação.
- Explorar valorização das vivências e dos conhecimentos dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido.

A forma como os pais vivem os cuidados ao seu bebé é importante para si? Porquê? E quanto ao que os pais conhecem do seu bebé?

- Explorar as principais ferramentas/ estratégias utilizadas na relação com a família.
- *Se na interação com a família surgir uma oportunidade de intervenção fora da sua formação profissional, explora-a? De que forma?*

Formação complementar em enfermagem

Formação específica/complementar

- *É importante/ necessário que o enfermeiro que intervém no período neonatal tenha outra formação para além da Licenciatura?* Explorar justificação.
- *Para o enfermeiro que intervém no período neonatal é importante/ necessária a formação numa área específica?* Explorar justificação.

Importância atribuída à formação complementar em geral

- Explorar perceção da influência/ importância/ contributo da formação profissional complementar realizada no autoconceito/ desempenho profissional atual.

- *Que tipo de formação considera mais relevante para o amadurecimento profissional?* Explorar se formação específica na área do exercício profissional ou formação noutras disciplinas; explorar justificação.

Necessidades formativas pessoais

- *O que a/o motiva a frequentar novas formações profissionais? Realizou alguma formação complementar? Se sim, qual? Quando? Porquê? Se não, porquê?*

- *Houve algum momento na sua vida profissional que o (a) tenha motivado a ajustar a sua forma de trabalhar?* Explorar justificação, fatores influenciadores (pessoais, contexto do trabalho, relação com os doentes, relação com os colegas de trabalho).

Formação entre pares

- Explorar perceção da importância/ contributo da discussão/ partilha de opinião/ perspetivas com os elementos da equipa de trabalho acerca da prestação de cuidados.

E quanto à formação entre pares, em equipa?...)

Qual é o feedback da sua equipa quando tenta implementar/sugerir uma nova ideia/ perspetiva acerca dos cuidados prestados? O que lhe parecer que justifica essa atitude da equipa?

Modelo
Touchpoints

Conhecimento sobre o
Modelo e formação na
área

- *Conhece o modelo Touchpoints? O que sabe sobre este modelo?*

- Identificar contacto prévio com profissionais com formação no modelo Touchpoints.

Que aspetos é que considera como mais-valias dessa formação para a vida profissional desses colegas?

- *Já fez formação no modelo Touchpoints? Sim/ Não; explorar motivo. Explorar pontos positivos resultantes da formação.*

APÊNDICE D: CONSENTIMENTO INFORMADO



Ana Cristina Rosas;
anacristinamrosas@gmail.com

Termo de consentimento informado

Eu, Ana Cristina de Magalhães Rosas, enfermeira e aluna do curso de doutoramento em enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto encontro-me a realizar um trabalho de investigação intitulado “*Contributo do Modelo Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade*”. O referido estudo, que se realiza sob a orientação da Professora Doutora Maria Raúl Lobo Xavier e sob a coorientação da Professora Doutora Isabel Quelhas, tem como principal objetivo compreender o contributo do modelo *Touchpoints* na prestação de cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade.

A transição para a parentalidade traduz um processo complexo que terá impacto na saúde da mulher e do homem que a experienciam, tornando-a como objeto de estudo da disciplina de enfermagem. Valorizando a perceção dos enfermeiros que prestam cuidados aos indivíduos envolvidos neste processo de transição, procurar-se-á compreender a influência e a importância dos princípios do referido modelo no que diz respeito a ganhos em saúde que, consequentemente, possam justificar a sua aplicação no contexto da prestação direta de cuidados e no investimento na formação profissional dos enfermeiros.

Para o devido efeito, solicito a sua participação voluntária, ressalvando que a sua recusa/desistência não terá qualquer consequência. Caso opte por participar neste estudo, será contactado(a) para a realização de uma entrevista. Os dados pessoais fornecidos serão salvaguardados e mantidos em confidencialidade, ficando à responsabilidade da investigadora e sendo apenas utilizados para o fim desta investigação.

Eu, _____,
tomei conhecimento do trabalho de investigação acima mencionado e do seu objetivo. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido a sua confidencialidade. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por esse facto. Assim, aceito de livre vontade participar neste trabalho de investigação, fornecendo os dados requeridos e autorizando a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantida a confidencialidade.

Data: ____/____/____ Assinatura _____

APÊNDICE E: SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS (“ÁRVORE” NVIVO)

1. MODELO TOUCHPOINTS

1.1. 1º touchpoint

1.1.1. **1º touchpoint em geral**

1.1.2. **Importância do 1º TP**

1.2. 2º touchpoint

1.2.1. **2º touchpoint em geral**

1.2.2. **Importância do 2º TP**

1.3. *conhecimento sobre o modelo Touchpoints*

1.3.1. **colegas com formação**

1.3.1.1. **não**

1.3.1.2. **sim**

1.3.1.3. ***características profissionais dos colegas com formação***

1.3.1.3.1. características inespecíficas

1.3.1.3.2. distingue-se dos outros

1.3.1.3.3. “influenciou-me”

1.3.1.3.4. “não identifico características”

1.3.1.3.5. planeamento dos cuidados

1.3.1.3.6. “poderia não ser diferente antes da formação”

1.3.1.3.7. serve de exemplo

1.3.1.3.8. valoriza a família

1.3.1.3.9. valoriza a relação pais-bebé

1.3.1.3.10. valoriza envolvimento dos pais

1.3.1.3.11. valoriza o bebé

1.3.2. **contactos com peritos na área**

1.3.3. **em conferências**

1.3.4. **em formação complementar**

1.3.5. **leituras**

1.3.6. **“não conheço”**

1.3.7. **“ouvi falar”**

1.3.8. **“sei pouco”**

1.4. *contributo do modelo Touchpoints para a mudança dos pais*

1.5. *contributo do modelo Touchpoints para a própria prática*

1.5.1. **“autoconfiança”**

1.5.2. **autoestima**

1.5.3. **competência**

1.5.4. **complementação**

1.5.5. **desenvolvimento não linear**

1.5.6. **eficácia**

1.5.7. **“ganhar energia”**

1.5.8. mudança de perspectiva

1.5.9. “pôr paixão”

1.5.10. referencial de enfermagem

1.5.11. sistematização

1.5.12. solidificação

1.5.13. valorizar a família

1.6. contributo do modelo Touchpoints para a vida pessoal

1.7. descrição do Modelo Touchpoints

1.7.1. características específicas do modelo

1.7.1.1. centrado na família

1.7.1.2. cuidados antecipatórios

1.7.1.3. definição de “touchpoints”

1.7.1.3.1. descontinuidade

1.7.1.3.2. momentos diferentes

1.7.1.3.3. oportunidade de intervenção

1.7.1.3.4. regressão

1.7.1.4. fronteiras disciplinares flexíveis

1.7.1.5. intervenção

1.7.1.6. modelo relacional

1.7.1.6.1. impacto na relação pais-enfermeiro-bebê

1.7.1.6.2. “interação entre pais e profissionais”

1.7.1.6.3. valorização da relação

1.7.1.7. multidisciplinariedade

1.7.1.8. pressupostos-princípios

1.7.1.9. valorizar a criança

1.7.1.10. valorizar os pais

1.7.2. características gerais do modelo

1.7.2.1. abrangente

1.7.2.2. aplicabilidade

1.7.2.2.1. dificuldades na aplicação

1.7.2.2.2. “fácil de aplicar”

1.7.2.3. atitude

1.7.2.4. avaliar

1.7.2.5. envolvente

1.7.2.6. filosofia-modelo

1.7.2.6.1. “filosofia”

1.7.2.6.2. “filosofia de vida”

1.7.2.6.3. inespecíficas

1.7.2.6.4. modelo dinâmico

- 1.7.2.6.5. modelo do futuro
- 1.7.2.6.6. modelo muito importante
- 1.7.2.6.7. modelo positivo
- 1.7.2.6.8. modelo teórico e prático

1.7.2.7. inspirado no modelo bioecológico

1.7.2.8. “linguagem universal”

1.7.2.9. “não eram novidade”

1.7.2.10. “olhar diferente”

1.7.2.11. “simples”

1.7.2.12. sobre o desenvolvimento

1.8. formação no modelo TP

1.8.1. cursos

1.8.2. explicação do modelo

1.8.2.1. colaboração com colegas

1.8.2.2. contexto formação formal

1.8.2.3. difícil de explicar

1.8.2.4. “passa-palavra”

1.8.2.5. ser um exemplo

1.8.3. formação do próprio

1.8.3.1. aplicabilidade dos conceitos

1.8.3.2. consolidar conhecimentos

1.8.3.3. “enriquecedora”

1.8.3.4. importância

1.8.3.5. motivação para formação

1.8.3.5.1. para não realizar

1.8.3.5.1.1. falta de oportunidade

1.8.3.5.1.2. outras áreas de investimento

1.8.3.5.1.3. sem motivo

1.8.3.5.2. para realizar

1.8.3.5.2.1. “conhecer melhor o modelo”

1.8.3.5.2.2. contribuir para a minha prática

1.8.3.5.2.3. “convite”

1.8.3.5.2.4. formações anteriores

1.8.3.5.2.5. interesse pessoal

1.8.3.5.2.6. leituras anteriores

1.8.4. outros conhecimentos

1.8.5. ter contacto com peritos em Touchpoints

1.8.6. troca de experiências

1.8.7. formação para todos

1.8.8. integrada na especialidade

2. ABORDAGEM BRAZELTON

2.1. Diferentes perspectivas

2.2. “Eu identifico-me”

2.3. Legado_ testemunho Brazelton

2.3.1. Abordagem bioecológica

2.3.2. Papel central dos pais

2.3.3. Professor Brazelton

2.3.4. Professor Gomes-Pedro

3. OUTRAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS

4. PERÍODO NEONATAL

4.1. competências do recém-nascido

4.1.1. inexistentes

4.1.2. neurocomportamentais

4.1.3. tipo de competências

4.1.3.1. comunicacionais

4.1.3.1.1. choro

4.1.3.1.2. coloração da pele

4.1.3.1.3. expressões

4.1.3.1.4. linguagem corporal

4.1.3.1.5. linguagem não-verbal

4.1.3.1.6. olhar

4.1.3.1.7. ouvir

4.1.3.1.8. reação ao toque

4.1.3.1.9. “sedutor”

4.1.3.1.10. sorriso

4.1.3.1.11. vocalizações

4.1.3.2. individuais

4.1.3.2.1. autorregulação

4.1.3.2.2. características físicas

4.1.3.2.3. desorganização

4.1.3.2.4. diferenças individuais

4.1.3.2.5. interesses diferentes

4.1.3.2.6. linguagem própria

4.1.3.2.7. padrão de comportamento

4.1.3.2.8. personalidade

4.1.3.2.9. raciais

4.1.3.2.10. reação ao estímulo

4.1.3.2.11. reflexos

4.1.3.2.12. tonicidade

4.1.3.3. sensoriais

4.1.3.3.1. audição

4.1.3.3.2. olfato

4.1.3.3.3. paladar

4.1.3.3.4. tato

4.1.3.4. ser social

4.1.3.4.1. influência sobre os outros

4.1.3.4.2. interação

4.1.4. valorizar as competências

4.2. descrição geral do período neonatal

4.2.1. adaptação

4.2.2. alterações

4.2.3. aprendizagem

4.2.4. bebê imaginário vs. bebê real

4.2.5. “cansativo”

4.2.6. “construir alicerces”

4.2.7. “período difícil”

4.2.8. dúvidas

4.2.9. estabelecer vinculação

4.2.10. fase assustadora

4.2.11. impacto

4.2.12. influencia o desenvolvimento

4.2.13. papel de outras pessoas

4.2.14. “período crítico”

4.2.15. período da “descoberta”

4.2.16. processo emocional

4.2.17. “revolução”

4.2.18. solidão da mãe

4.2.19. “transição”

4.2.20. “vida nova”

4.3. importância do período neonatal

4.3.1. importância para a intervenção

4.3.2. importância para a relação pais-bebê

4.3.3. importância para família

4.3.4. importância para o bebê

4.3.5. importância para os pais

4.3.6. inespecificada

4.4. importância do planejamento familiar

- 4.5. *transição para a parentalidade*
 - 4.5.1. **alterações na família**
 - 4.5.2. **“blues” depressão pós-parto**
 - 4.5.3. **“contínua”**
 - 4.5.4. **“é um máximo”**
 - 4.5.5. **inseguranças dos pais**
 - 4.5.6. **mudanças da mulher**
 - 4.5.7. **“não é inato”**
 - 4.5.8. **papel parental**
 - 4.5.9. **“reviver a infância”**
- 5. **RELAÇÃO PAIS-BEBÉ**
 - 5.1. *amamentação*
 - 5.2. *características da relação pais-bebé*
 - 5.2.1. **“adaptar”**
 - 5.2.2. **afetividade**
 - 5.2.3. **características dos pais**
 - 5.2.4. **conhecimento-descoberta**
 - 5.2.5. **“dose-resposta”**
 - 5.2.6. **enriquecedora**
 - 5.2.7. **estabelecer vinculação**
 - 5.2.8. **“estável”**
 - 5.2.9. **fragiliza relação do casal**
 - 5.2.10. **insegurança**
 - 5.2.11. **“natureza do bebé”**
 - 5.2.12. **“pôr à prova”**
 - 5.2.13. **responsabilidade**
 - 5.2.14. **“sistema”**
 - 5.2.15. **“uma coisa séria”**
 - 5.2.16. **“única”**
 - 5.3. *conceitos parentais*
 - 5.4. *estabilidade da relação marital*
 - 5.5. *importância da relação pais-bebé*
 - 5.6. *pais como peritos*
- 6. **DESENVOLVIMENTO INFANTIL**
 - 6.1. *descrição geral do desenvolvimento infantil*
 - 6.1.1. **alicerce**
 - 6.1.2. **aquisição de competências**
 - 6.1.3. **área específica**
 - 6.1.3.1. **desenvolvimento biológico**

6.1.3.2. desenvolvimento cognitivo

6.1.3.3. desenvolvimento educacional

6.1.3.4. desenvolvimento emocional

6.1.3.5. desenvolvimento físico

6.1.3.6. desenvolvimento psicomotor

6.1.3.7. desenvolvimento social

6.1.4. “bases vida adulta”

6.1.5. complexo

6.1.6. contínuo

6.1.7. crescimento

6.1.8. crise

6.1.9. desafio

6.1.10. descontínuo

6.1.11. difícil

6.1.12. “dinâmico”

6.1.13. “direção definida”

6.1.14. evolutivo

6.1.15. “importante”

6.1.16. “individual”

6.1.17. influencia a família

6.1.18. “maravilhoso”

6.1.19. “maturação”

6.1.20. multidimensional

6.1.21. “potencial”

6.1.22. “processo natural”

6.1.23. qualidade de vida

6.1.24. respostas

6.1.25. transformação

6.2. *fatores que influenciam o desenvolvimento infantil*

6.2.1. ambiente

6.2.1.1. *macrossistema*

6.2.1.1.1. apoio social

6.2.1.1.2. contexto socioeconómico

6.2.1.1.3. cultura

6.2.1.1.4. sociedade

6.2.1.2. *microssistema*

6.2.1.2.1. afeto

6.2.1.2.2. ambiente em geral

6.2.1.2.2.1. ambiente e meio

6.2.1.2.2.2. contexto

6.2.1.2.2.3. fatores externos

6.2.1.2.2.4. inespecíficos

6.2.1.2.2.5. “o que rodeia” a criança

6.2.1.2.2.6. vivências da criança

6.2.1.2.3. estimulação

6.2.1.2.3.1. estimulação em geral

6.2.1.2.3.2. meios tecnológicos

6.2.1.2.3.3. objetos

6.2.1.2.4. família

6.2.1.2.4.1. ambiente familiar

6.2.1.2.4.2. cuidador-educador

6.2.1.2.4.3. disciplina

6.2.1.2.4.4. “família alargada”

6.2.1.2.4.5. família em geral

6.2.1.2.4.6. pais

6.2.1.2.5. instituições

6.2.1.2.5.1. escola

6.2.1.2.5.2. instituições de saúde

6.2.1.2.5.3. instituições em geral

6.2.1.2.6. pares

6.2.2. criança não influencia o seu desenvolvimento

6.2.3. da criança

6.2.3.1. fatores inespecíficos da criança

6.2.3.2. outros

6.2.3.2.1. adaptação

6.2.3.2.2. “apreende as coisas”

6.2.3.2.3. autonomia

6.2.3.2.4. características físicas

6.2.3.2.5. curiosidade

6.2.3.2.6. distração

6.2.3.2.7. gerir emoções

6.2.3.2.8. hereditariedade

6.2.3.2.9. “inteligência”

6.2.3.2.10. maturação do SNC

6.2.3.2.11. nutrição

6.2.3.2.12. “problemas de saúde”

6.2.3.2.13. “resiliência”

6.2.3.2.14. “temperamento”

6.2.4. fatores inespecíficos

6.2.5. influências mútuas entre a criança e os contextos

6.2.5.1. criança e ambiente

6.2.5.2. criança e família

6.2.5.3. educação

6.2.5.4. genética e meio

6.2.5.5. relação com os pais

6.2.5.5.1. disponibilidade dos pais

6.2.5.5.2. gestão tempo familiar

6.2.5.5.3. relação com os pais em geral

6.3. importância do período pré-natal

7. RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO

7.1. características da relação pais-enfermeiro

7.1.1. acompanhamento regular

7.1.2. “bidirecional”

7.1.3. “capacitação”

7.1.4. comunicação

7.1.5. confiança

7.1.6. continuidade

7.1.7. “crescimento mútuo”

7.1.8. empatia

7.1.9. envolvimento

7.1.10. “escuta”

7.1.11. “estabelecer regras”

7.1.12. expectativas

7.1.13. influência

7.1.14. “mente aberta”

7.1.15. parceria

7.1.16. partilha

7.1.17. “privacidade”

7.1.18. relação de “abertura”

7.1.19. relação de ajuda

7.1.20. “relação de amigo”

7.1.21. relação importante

7.1.22. relação “positiva”

7.1.23. “relação profissional”

7.1.24. “relação terapêutica”

7.1.25. respeito

7.1.26. segurança

- 7.1.27. sem julgar
- 7.1.28. sentimento de culpa
- 7.1.29. sinceridade
- 7.1.30. transmissão de conhecimento
- 7.2. *descrição da própria relação*
 - 7.2.1. “acolhimento”
 - 7.2.2. “adaptar a minha linguagem”
 - 7.2.3. assertividade
 - 7.2.4. avaliação
 - 7.2.5. “equipa”
 - 7.2.6. estabelecer confiança
 - 7.2.7. papéis flexíveis
 - 7.2.8. “ganhos em saúde”
 - 7.2.9. imposição
 - 7.2.10. negociação
 - 7.2.11. pais não são fonte de conhecimento
 - 7.2.12. “permuta”
 - 7.2.13. “pôr-me no lugar do outro”
 - 7.2.14. promover autonomia dos pais
 - 7.2.15. reforço positivo
 - 7.2.16. ser disponível
 - 7.2.17. “sistema”
 - 7.2.18. “tenho dificuldade”
 - 7.2.19. “tranquilizar”
 - 7.2.20. vivências dos pais
- 7.3. *perceção do reconhecimento profissional pelos pais*
 - 7.3.1. necessidade de ser valorizado
 - 7.3.2. ambivalente
 - 7.3.3. negativo
 - 7.3.3.1. atitude
 - 7.3.3.2. discriminação
 - 7.3.3.3. indisponibilidade
 - 7.3.3.4. insuficiente
 - 7.3.3.5. representação social negativa
 - 7.3.3.6. valorização de outro profissional
 - 7.3.4. positivo
 - 7.3.4.1. “adesão”
 - 7.3.4.2. aspetos relacionais
 - 7.3.4.3. conhecimentos transmitidos

7.3.4.4. “esforço para cuidar melhor”

7.3.4.5. “especificidade”

7.3.4.6. inespecífico

7.3.4.7. reconhecimento do trabalho

7.3.4.8. representação social positiva

7.3.4.9. satisfação

7.4. valorização dos pais e suas vivências

7.4.1. conhecimentos dos pais

7.4.2. conhecimentos prévios

7.4.3. decisão dos pais

7.4.4. preocupação dos pais com temáticas não tradicionais

7.4.5. relação pais e filho

7.4.6. “sucesso dos pais”

7.4.7. “tentativa erro”

7.4.8. vivências enquanto pais

8. ENFERMEIRO

8.1. características pessoais do enfermeiro

8.1.1. curiosidade

8.1.2. estudioso

8.1.3. inespecíficas

8.1.4. intolerante

8.1.5. otimista

8.1.6. perfeccionista

8.1.7. possessivo

8.2. características profissionais do enfermeiro

8.2.1. dimensão pessoal

8.2.1.1. autocuidado

8.2.1.2. bom senso

8.2.1.3. compreensivo

8.2.1.4. honestidade

8.2.1.5. humildade

8.2.1.6. pontualidade

8.2.1.7. ser humano

8.2.1.8. ser seguro

8.2.1.9. simpatia

8.2.2. dimensão relacional

8.2.2.1. abertura

8.2.2.2. acessibilidade

8.2.2.3. atenção

8.2.2.4. competências relacionais

8.2.2.5. disponibilidade

8.2.2.6. empatia

8.2.2.7. linguagem não-verbal

8.2.2.8. proximidade

8.2.2.9. saber comunicar

8.2.2.10. saber ouvir

8.2.2.11. sensível

8.2.3. outras

8.2.3.1. credibilidade

8.2.3.2. definidas pela Ordem

8.2.3.3. detetar problemas

8.2.3.4. envolver-se

8.2.3.5. estabelecer prioridades

8.2.3.6. ética e moral

8.2.3.7. não fazer juízos de valor

8.2.3.8. não prescrever

8.2.3.9. proatividade

8.2.3.10. profissionalismo

8.2.3.11. recetivo à mudança

8.2.3.12. reconhecer a falha

8.2.3.13. responsabilidade

8.2.3.14. saber estar

8.2.3.15. saber fazer

8.2.3.16. saber teórico

8.2.3.17. ser inclusivo

8.2.3.18. valorizar a paixão

8.2.3.19. valorizar o outro

8.3. descrição das próprias práticas

8.3.1. adequar

8.3.2. aproveitar as situações

8.3.3. dar exemplos práticos

8.3.4. dificuldades

8.3.5. disponibilidade e interesse em relação aos pais

8.3.6. educação para a saúde

8.3.7. envolver os pais

8.3.8. escutar

8.3.9. eu informo

8.3.10. foco na família

- 8.3.11. gerir o trabalho
 - 8.3.12. instrumentos utilizados
 - 8.3.13. ir para além do papel tradicional
 - 8.3.14. mudança de atitude
 - 8.3.15. prática abrangente
 - 8.3.16. preocupação com o recém-nascido/ criança
 - 8.3.17. procurar segurança
 - 8.3.18. procurar informação
 - 8.3.19. responder
 - 8.3.20. rigor dos cuidados
 - 8.3.21. saber fazer
 - 8.3.22. ser verdadeiro
 - 8.3.23. sigilo
 - 8.3.24. trabalho em equipa
 - 8.3.25. trabalho multidisciplinar
 - 8.3.26. utilização do comportamento como linguagem
- 8.4. *papel do enfermeiro*
- 8.4.1. acolher
 - 8.4.2. acompanhamento
 - 8.4.3. ajudar
 - 8.4.4. alertar
 - 8.4.5. apoiar
 - 8.4.6. aproveitar as oportunidades
 - 8.4.7. atualizar-se
 - 8.4.8. criar relação de confiança
 - 8.4.9. “dar dicas”
 - 8.4.10. elo
 - 8.4.11. empoderamento
 - 8.4.12. encaminhamento
 - 8.4.13. ensinar
 - 8.4.14. identificação
 - 8.4.15. influenciar o desenvolvimento infantil
 - 8.4.16. intervir
 - 8.4.17. investir na profissão
 - 8.4.18. orientar os pais
 - 8.4.19. papel importante
 - 8.4.20. perceber as necessidades
 - 8.4.21. perceber dinâmica familiar
 - 8.4.22. prestar cuidados antecipatórios

- 8.4.23. prevenir
- 8.4.24. promover a saúde
- 8.4.25. promover autonomia
- 8.4.26. respeitar
- 8.4.27. ser modelo de referência
- 8.4.28. ser perito
- 8.4.29. ter conhecimento sobre a família
- 8.4.30. valorizar as forças

8.5. Poder

9. EXPERIÊNCIA PESSOAL DO SER MÃE-PAI

10. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

10.1. formação após a licenciatura

10.1.1. formação em serviço

10.1.2. formação entre pares

10.1.2.1. atitude colaborativa

10.1.2.2. atualizar conduta

10.1.2.3. conflituosa

10.1.2.4. contributo ambivalente

10.1.2.5. contributo inespecífico

10.1.2.6. formação para qualquer coisa

10.1.2.7. fundamental

10.1.2.8. gera formação individual

10.1.2.9. impacto nos cuidados

10.1.2.10. impacto relativo

10.1.2.11. influência sobre a equipa

10.1.2.12. integração

10.1.2.13. melhoria contínua

10.1.2.14. partilha entre colegas

10.1.2.15. pouco impacto

10.1.2.16. reflexão

10.1.2.17. serviços deviam apostar na formação entre pares

10.1.2.18. servir de exemplo

10.1.3. formação entre pares associada a formação formal/ não formal

10.1.4. formação entre pares mais relevante

10.1.5. cursos específicos

10.1.5.1. ano complementar

10.1.5.2. CAP

10.1.5.3. CIPE

10.1.5.4. conselheira aleitamento materno

10.1.5.5. licenciatura

10.1.5.6. massagem infantil

10.1.5.7. mestrado

10.1.5.8. Modelo Touchpoints

10.1.5.9. NBO/NBAS

10.1.5.10. nenhuma em particular

10.1.5.11. NIDCAP

10.1.5.12. parentalidade positiva

10.1.5.13. pós-graduação em cuidados neonatais

10.1.5.14. pós-licenciatura em enfermagem

10.1.5.15. reanimação neonatal

10.1.5.16. saúde familiar

10.1.5.17. suporte avançado de vida

10.1.5.18. suporte básico de vida

10.1.5.19. ventilação invasiva

10.1.6. importância da formação para a prática profissional

10.1.6.1. conhecimentos

10.1.6.1.1. alargar conhecimentos

10.1.6.1.2. conhecimentos práticos

10.1.6.1.3. conhecimentos teóricos

10.1.6.1.4. novos conhecimentos

10.1.6.2. contexto prático

10.1.6.2.1. aplicar na prática

10.1.6.2.2. atenção aos pormenores

10.1.6.2.3. orientar desempenho profissional

10.1.6.2.4. qualidade dos cuidados

10.1.6.2.5. segurança nos cuidados

10.1.6.3. importância inespecífica

10.1.6.4. outros

10.1.6.4.1. aceitação

10.1.6.4.2. aperfeiçoar

10.1.6.4.3. aprofundar

10.1.6.4.4. atualização

10.1.6.4.5. autoestima

10.1.6.4.6. cimentar

10.1.6.4.7. complementação licenciatura

10.1.6.4.8. desenvolvimento infantil

10.1.6.4.9. desvalorizada

10.1.6.4.10. diferenciação

- 10.1.6.4.11. eficácia
- 10.1.6.4.12. enriquecimento
- 10.1.6.4.13. ganhar baterias
- 10.1.6.4.14. mais valia
- 10.1.6.4.15. mudança
- 10.1.6.4.16. partilha de experiências
- 10.1.6.4.17. planos curriculares
- 10.1.6.4.18. positivo
- 10.1.6.4.19. reciclagem
- 10.1.6.4.20. reflexão
- 10.1.6.4.21. valorizada

10.1.7. importância experiência profissional

10.1.8. necessidades formativas

- 10.1.8.1. atualização de conhecimentos**
- 10.1.8.2. contribuir para a ciência**
- 10.1.8.3. dar visibilidade**
- 10.1.8.4. enriquecimento pessoal**
- 10.1.8.5. explorar áreas de interesse**
- 10.1.8.6. fazer melhor**
- 10.1.8.7. foco na criança**
- 10.1.8.8. foco nos pais**
- 10.1.8.9. progressão na carreira**
- 10.1.8.10. questões familiares**
- 10.1.8.11. responder a lacunas**
- 10.1.8.12. saber mais**
- 10.1.8.13. ser mais capaz**
- 10.1.8.14. pouco apoio**

10.2. formação inicial

10.2.1. desenvolvimento pessoal

10.2.2. ferramentas base

10.2.3. foco de atenção

10.2.3.1. desenvolvimento da criança

10.2.3.2. foco no recém-nascido

10.2.3.3. intervir nos problemas

10.2.4. grande impacto

10.2.5. insuficiente

10.2.6. motivação para aprender

10.2.7. suficiente

10.2.8. unidades curriculares

10.3. papel do professor

11. POSICIONAMENTO CRÍTICO

11.1. aspectos educacionais

11.2. políticas de saúde

11.2.1. acessibilidade aos serviços de saúde

11.2.2. empregabilidade

11.2.3. funcionamento do serviço

11.2.4. políticas institucionais

11.2.5. SNS

11.3. políticas sociais

11.3.1. licença parentalidade

11.4. sobre o enfermeiro

11.4.1. atuação do enfermeiro

11.4.1.1. aproveitar momentos de crise

11.4.1.2. área de ação

11.4.1.3. atuação do enfermeiro em geral

11.4.1.4. sobre a relação com os pais

11.4.1.5. valorização da atuação precoce

11.4.2. valorização do enfermeiro

11.4.2.1. percepção da valorização do enfermeiro pelas pessoas

11.4.2.2. valorização pelo enfermeiro

APÊNDICE F: DESCRIÇÃO DO SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS
(“CODEBOOK” NVIVO)

Nome categoria	Descrição categoria	Fontes/referências			Citações
		G1	G2	G3	
1. MODELO TOUCHPOINTS	Referências do entrevistado sobre o Modelo Touchpoints				
1.1. 1º "touchpoint"	Referências do entrevistado ao 1º "touchpoint"				
1.1.1. 1º "touchpoint" em geral	Referências com conteúdo que apela aos elementos correspondentes ao "touchpoint" pré-natal, mas sem ser explícita sobre o 1º "touchpoint"	0/0	4/8	0/0	"Depois a evidência mostra estas reações que o bebê tem dentro do útero ainda, e que são fundamentais em termos daquilo que é o perfil de desenvolvimento" [3G2]
1.1.2. Importância do 1º "touchpoint"	Referências à importância do primeiro "touchpoint" (pré-natal) enquanto momento de intervenção	4/11	0/0	0/0	"Nas questões do desenvolvimento eu acho que é muito importante a própria relação de pré-vinculação da criança ser trabalhada nessa altura, pode e deve ser trabalhada nessa altura. [...] nós temos que fazer despertar sentimentos, fazer despertar a paixão que aqueles pais vão ter por aquele bebê, porque ela tem de ser criada um bocadinho antes, acho eu, que vai depois facilitar a relação... prepará-los também para [...] as próprias características de um bebê recém-nascido, [...] prepará-los para essas normalidades que podem acontecer" [1G1]
1.2. 2º "touchpoint"	Referências do entrevistado ao 2º "touchpoint"				
1.2.1. 2º "touchpoint" em geral	Referências com conteúdo que apela aos elementos correspondentes ao "touchpoint" do recém-nascido, mas sem ser explícita sobre o 2º "touchpoint"	0/0	3/3	4/5	"O acompanhar aqueles pais, eu acho que tínhamos até um papel espetacular em casa, na comunidade, nos primeiros dias... Após o nascimento de um bebê saudável." [8G3]
1.2.2. Importância do 2º "touchpoint"	Referências à importância do segundo "touchpoint" (recém-nascido, primeiras 72h de vida)	10/16	0/0	0/0	"Só com essa intervenção eu apercebo-me perfeitamente da importância que isso tem em relação a um bebê recém-nascido, de termo ou não. Antes, depois os pais lembram-se perfeitamente

					daquelas coisas, como os indicadores antecipatórios da socialização ou da visão ou da audição, as coisas mais simples que se faz, eles lembram-se perfeitamente porque mexemos com a emoção, mexemos com a afetividade, mexemos com... fizemos a estimulação precoce daquela relação: é muito importante!" [7G1]
<i>1.3. Conhecimento sobre o modelo Touchpoints</i>	Referências do entrevistado ao que sabe sobre o Modelo Touchpoints e/ou às fontes para esse conhecimento.				
1.3.1. Colegas com formação	Referências do entrevistado ao facto de ter ou não trabalhado com outros enfermeiros com formação no Modelo Touchpoints pertencentes às suas equipas de trabalho				
1.3.1.1. Não	Referências do entrevistado a não conhecer/ ter trabalhado/ integrar equipas com outros enfermeiros com formação no Modelo Touchpoints	0/0	2/2	2/2	"Não, não..." [9G2]
1.3.1.2. Sim	Referências do entrevistado a conhecer/ ter trabalhado/ integrar equipas com outros enfermeiros com formação no Modelo Touchpoints	0/0	3/5	7/10	"Foi com a minha enfermeira responsável na altura" [8G3]
1.3.1.3. Características profissionais dos colegas com formação	Referências às características profissionais que o entrevistado identifica nas práticas e/ou no papel dos seus colegas de equipa que realizaram formação no Modelo Touchpoints.				
1.3.1.3.1. <u>Características inespecíficas</u>	Referências inespecificadas do entrevistado a características do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints	0/0	0/0	4/4	"Ela traz contributos para aqui que tira dessa formação" [2G3]
1.3.1.3.2. <u>Distingue-se dos outros</u>	Referências do entrevistado ao facto do colega da sua equipa com	0/0	0/0	2/3	"Se distingue da restante equipa nesse sentido e julgo que o Modelo Touchpoints contribui imenso

	formação no Modelo Touchpoints se distinguir de outros enfermeiros na sua atuação				para isso. [...] inevitavelmente nota-se uma diferença” [3G3]
1.3.1.3.3. <u>“Influenciou-me”</u>	Referências do entrevistado ao facto do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints o influenciar	0/0	0/0	6/9	“Fui influenciada principalmente por achar que é muito gratificante e por ver que... Os pais são, uns pais mais felizes e os bebés se tornam bebés mais compreendidos” [6G3]
1.3.1.3.4. <u>“Não identifico” características</u>	Referências do entrevistado ao não identificar características na atuação do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints	0/0	0/0	3/3	“não consigo fazer ligação nenhuma, de certeza que ela faz muita coisa que nós não percebemos e que vem dessa formação, mas que não... sinceramente não, não consigo ligar.” [2G3]
1.3.1.3.5. <u>Planeamento dos cuidados</u>	Referências do entrevistado ao (ou à forma como) planeamento dos cuidados do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints	0/0	0/0	1/3	“O planeamento dos cuidados tem sempre o... Essa característica de englobar a família e de pensar na criança [...] E eu acho que tem isso porque fez esta formação” [4G2B]
1.3.1.3.6. <u>“Poderia não ser diferente antes da formação”</u>	Referências do entrevistado ao facto da atuação do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints poder não ser diferente antes dessa formação (só trabalhou com o colega depois deste ter realizado a formação)	0/0	0/0	2/2	“Eu não sei distinguir se é, se era daí ou se já veio daí, ou se é antes ou se é depois, não é?” [8G3]
1.3.1.3.7. <u>Serve de exemplo</u>	Referências do entrevistado ao facto do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints serve de exemplo para a sua equipa	0/0	0/0	2/4	“Aplica a teoria [refere-se ao Modelo Touchpoints] à prática dos cuidados... Por isso é aquilo que vou ouvindo [...] E do que vou vendo” [4G3]

1.3.1.3.8. <u>Valoriza a família</u>	Referências do entrevistado ao facto do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints valorizar a família na sua atuação	0/0	0/0	2/2	“Ela acaba por ver a família num todo, englobando também a própria criança que ela segue.” [5G3]
1.3.1.3.9. <u>Valoriza a relação pais-bebé</u>	Referências do entrevistado ao facto do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints valorizar a relação pais-bebé na sua atuação	0/0	0/0	2/3	“O que eu noto é, nessa pessoa... É essa interação, é essa, esse olhar que há para a comunicação entre o bebé e a mãe, e a mãe e o seu bebé” [8G3]
1.3.1.3.10. <u>Valoriza envolvimento dos pais</u>	Referências do entrevistado ao facto do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints valorizar o envolvimento dos pais na sua atuação	0/0	0/0	3/4	“Perceber o ritmo dos pais, incorporar os pais, tudo mais... Tudo isso.[...] essa característica de englobar a família” [4G3]
1.3.1.3.11. <u>Valoriza o bebé</u>	Referências do entrevistado ao facto do colega da sua equipa com formação no Modelo Touchpoints valorizar o bebé na sua atuação	0/0	0/0	4/9	“Mas nota-se muito por aí e nessa leitura constante do comportamento do bebé, da... Acho, que é sobretudo aí que eu noto diferença.” [7G3]
1.3.2. <u>Contactos com peritos na área</u>	Referência ao contacto com peritos no Modelo Touchpoints	0/0	3/8	1/1	“Eu cheguei-me a reunir mais do que uma vez, a pedido do diretor daqui, com o Professor João Gomes-Pedro por causa deste programa e com a doutora Fernanda Torgal.” [6G2]
1.3.3. <u>Em conferências</u>	Referências do entrevistado como tendo tomado conhecimento sobre Modelo Touchpoints em conferências/seminários/palestras	0/0	2/2	1/1	“Fui a um congresso muito giro, muito giro com ele” [2G2]
1.3.4. <u>Em formação formal</u>	Referências do entrevistado como tendo tomado conhecimento quando sobre Modelo Touchpoints em contextos de formação formal	0/0	3/5	3/5	“Sim, eu oiço falar tanto nas aulas de... Da especialidade, não é?” [8G2]

<p>1.3.5. <u>Leituras</u></p>	<p>Referências a leituras via pesquisa bibliográfica ou livros sobre o Modelo Touchpoints</p>	<p>0/0</p>	<p>7/8</p>	<p>4/4</p>	<p>“A primeira coisa que eu sei sobre o assunto é que foi o Brazelton que o criou. E coincidência das coincidências, foi sempre um pediatra o que eu gostei de aprender e de estudar... os meus filhos foram criados com o “grande livro da criança” [12G2]</p>
<p>1.3.6. <u>“Não conheço”</u></p>	<p>Referências do entrevistado como "não ouvi falar", "nunca me falaram", "não conheço", "não sei o que é" quando questionado sobre o seu conhecimento sobre Modelo Touchpoints</p>	<p>0/0</p>	<p>2/2</p>	<p>1/1</p>	<p>“Pois não. Não sei, não conheço.” [13G2]</p>
<p>1.3.7. <u>“Ouvi falar”</u></p>	<p>Referências do entrevistado como "ouvi falar", "já me falaram", "não me é estranho" quando questionado sobre o seu conhecimento sobre Modelo Touchpoints</p>	<p>0/0</p>	<p>5/8</p>	<p>6/6</p>	<p>“Já tinha ouvido falar, também tinha ouvido falar a Dra.... A sua orientadora Maria Raúl, não é?” [2G2]</p>
<p>1.3.8. <u>“Sei pouco”</u></p>	<p>Referências do entrevistado como "sei pouco", "não sei muito sobre" quando questionado sobre o seu conhecimento sobre Modelo Touchpoints</p>	<p>0/0</p>	<p>5/6</p>	<p>3/5</p>	<p>“Bem, eu sei muito pouco” [8G2]</p>
<p>1.4. <u>Contributo do Modelo Touchpoints para a mudança dos pais</u></p>	<p>Referências à importância dos princípios do Modelo Touchpoints para a mudança dos pais</p>	<p>5/7</p>	<p>0/0</p>	<p>1/1</p>	<p>“Se me influenciou a mim, influenciou a uma pessoa que se calhar tava a ser pai pela primeira vez, e que entendeu como é que o recém-nascido pode interagir de uma forma tão... Num tempo tão precoce com o meio ambiente, e, portanto, com eles.” [8G3]</p>
<p>1.5. <u>Contributo do Modelo Touchpoints para a própria prática</u></p>	<p>Referências à importância dos princípios do Modelo Touchpoints para o desempenho profissional do enfermeiro (de si próprio)</p>				

1.5.1. <u>“Autoconfiança”</u>	Referência a maior autoconfiança, segurança após a formação no Modelo Touchpoints	2/2	0/0	0/0	“E a minha autoconfiança, sentir-me mais segura” [7G1]
1.5.2. <u>Autoestima</u>	Referência a maior autoestima após a formação no Modelo Touchpoints	2/2	0/0	0/0	“Senti que era capaz de conseguir dar mais respostas adequadas àquela criança, àquela família, àquela situação” [10G1]
1.5.3. <u>Competência</u>	Referência à formação no Modelo Touchpoints como um fator de contribuição para maior competência	2/2	0/0	0/0	“De me sentir mais competente” [7G1]
1.5.4. <u>Complementação</u>	Referência às mudanças que a formação no Modelo Touchpoints acarretou no desempenho profissional (o que acrescentou à prática)	5/6	2/4	0/0	“Complementou muitas coisas e deu-me outras ferramentas que eu não tinha antes” [1G1]
1.5.5. <u>Desenvolvimento não linear</u>	Referência do entrevistado à noção de desenvolvimento dinâmico definido pelo Modelo Touchpoints como não se processando em “linha reta” mas sim “em degraus”	2/3	0/0	0/0	“O chamar a atenção que o desenvolvimento da criança não é uma coisa linear,” [13G1]
1.5.6. <u>Eficácia</u>	Referência a maior eficácia após a formação (melhores ganho em saúde, objetivos em saúde atingidos)	1/2	0/0	0/0	“Consigo resultados em ganhos de saúde muito melhores” [7G1]
1.5.7. <u>“Ganhar energia”</u>	Referência à formação no Modelo Touchpoints como um "ganhar energia"	1/1	0/0	0/0	“Foi ganhar alguma energia,” [6G1]

1.5.8. <u>Mudança de perspectiva</u>	Referência aos conceitos e/ou à formação em Touchpoints como ponto de viragem na percepção do "eu" enfermeiro	6/13	0/0	1/1	"Eu depois de sair da formação eu tinha uma certeza: a minha abordagem às famílias tinha de ser uma abordagem diferente" [15G1]
1.5.9. <u>"Pôr paixão"</u>	Descrição do contributo da formação no Modelo Touchpoints como "pôr paixão naquilo que se faz"	1/1	0/0	0/0	"Pôr paixão naquilo que se faz, estar sempre a olhar para o outro de uma forma que realmente é diferente," [4G1]
1.5.10. <u>Referencial de enfermagem</u>	Descrição dos pontos em comum entre o Modelo Touchpoints e a prática de enfermagem; aplicabilidade do Modelo Touchpoints no contexto de enfermagem	2/2	1/2	0/0	"Ajuda bastante na medida em que, para quem trabalha nos cuidados de saúde primários o modelo, o modelo ou a filosofia Touchpoints, encontra-se na perfeição. Encaixa que nem uma luva, é!" [7G1]
1.5.11. <u>Sistematização</u>	Referência ao Modelo Touchpoints como uma sistematização de conceitos/conhecimentos na área da saúde infantil/ pediatria	2/4	0/0	0/0	"Eu acho que que o Modelo Touchpoints no fundo vem-nos sistematizar," [12G1]
1.5.12. <u>Solidificação</u>	Referências ao contributo da formação no Modelo Touchpoints para a solidificação de conceitos	1/1	0/0	0/0	"O meu trabalho de especialidade foi todo baseado no Touchpoints dos zero aos cinco anos e foi acima de tudo uma solidificação de tudo o que eu aprendi nos livros. E foi muito bom!" [7G1]
1.5.13. <u>Valorizar a família</u>	Referências do entrevistado à valorização da família segundo o Modelo Touchpoints	2/3	1/1	0/0	"A importância de, de olhar para a família e de ver que a família tem potencial." [15G1]
1.6. <u>Contributo do Modelo Touchpoints para a vida pessoal</u>	Referências do entrevistado aos contributos da formação no Modelo Touchpoints para a sua vida pessoal	1/1	0/0	0/0	"Isso depois também serviu para mim, para a minha própria família, para os meus próprios filhos" [15G1]

1.7. <i>Descrição do Modelo Touchpoints</i>	Descrição/referências a elementos do Modelo Touchpoints				
1.7.1. Características específicas do modelo	Referências no discurso dos participantes sobre aspetos específicos do Modelo Touchpoints				
1.7.1.1. <u>Centrado na família</u>	Referência ao Modelo Touchpoints como focado na família,	2/4	1/3	0/0	“Nós temos muito aprender com os pais, ponto. Este modelo é um modelo de partilha e, portanto, o cuidado centrado na família.” [2G1]
1.7.1.2. <u>Cuidados antecipatórios</u>	Referência à descrição do comportamento/ desenvolvimento infantil pelo profissional aos pais, possibilitando conhecer/ antecipar os significados e as respostas parentais; referências à negociação entre pais e profissionais de estratégias para ultrapassar dificuldades que possam surgir ao longo do desenvolvimento do filho, assumindo o papel do profissionais como de suporte.	4/9	0/0	0/0	“Agora exige é um olhar focado nas oportunidades de orientação antecipada que é também é um conceito interessante que já é nosso da enfermagem, é engraçado! [...] Como é que é a criança aos olhos dos pais, porque às vezes é muito difícil perceber o lado que eles têm e se calhar mostrar-lhes que marcos é que normalmente existem ali [...] se calhar se devolvermos um bocadinho o que está acontecer no desenvolvimento aos pais, pô-los a pensar [...] permite também ter ali alguém disponível, que no fundo acaba por ser... supostamente está disponível para que as pessoas não estejam tão sozinhas” [6G1]
1.7.1.3. <u>Definição de “touchpoints”</u>	Descrição de conceito “touchpoints”				
1.7.1.3.1. <u>Descontinuidade</u>	Referências à descontinuidade/ desenvolvimento não linear como definição de “touchpoints”	3/9	0/0	0/0	“Na desconstrução do pensamento do desenvolvimento da criança, que não era um desenvolvimento linear, e sim um desenvolvimento por degraus e de uma forma muito descontínua” [11G1]
1.7.1.3.2. <u>Momentos diferentes</u>	Referências a momentos diferentes, fases desenvolvimento, idades chave, “através de pontos”,	4/5	8/10	4/6	“Quais são os pontos chave, quais são os pontos chave em cada etapa do desenvolvimento e quais

	"pontos-chave" como definição de "touchpoints"				são os fatores decisivos em cada etapa do desenvolvimento" [2G1]
1.7.1.3.3. <u>Oportunidade de intervenção</u>	Descrição de "touchpoints" como oportunidades de intervenção durante o desenvolvimento da criança, junto dela e da sua família	0/0	2/3	1/1	"Orientar, apoiar os pais nas dificuldades que algumas são normativas decorrem do desenvolvimento, certo? E que e que dificultam o exercício da função parental e nesse contexto apoiar, [...] no sentido de também munir os pais de capacidades para gerir isto de forma holística, não é?" [1G2]
1.7.1.3.4. <u>Regressão</u>	Referências a regressões, desorganização como definição de "touchpoints"	2/7	0/0	0/0	"No fundo para regredir numa área de desenvolvimento evolui numa ou outra" [6G1]
1.7.1.4. <u>Fronteiras disciplinares flexíveis</u>	Referências dos entrevistados às fronteiras disciplinares flexíveis como característica do Modelo Touchpoints	1/3	0/0	0/0	"Fronteiras disciplinares rígidas estão em vias de desaparecer" [2G1]
1.7.1.5. <u>Intervenção</u>	Referência/descrição do Modelo Touchpoints como uma forma, método, estratégia de intervenção	3/6	0/0	0/0	"Uma forma de intervenção numa determinada idade, de como é que se reage, como é que não se reage." [7G1]
1.7.1.6. <u>Modelo relacional</u>	Referências a aspetos da relação (nas várias estabelecidas) como características específicas do Modelo Touchpoints				
1.7.1.6.1. <u>Impacto na relação pais-enfermeiro-bebé</u>	Referências ao impacto que a aplicação dos princípios do Modelo Touchpoints têm sobre o relacionamento entre pais-enfermeiro-criança	2/3	2/2	1/1	"Que pretende ajudar os pais, e pretende ajudar... Os pais e os filhos, e pretende ajudar os enfermeiros. E tanto quanto sei pretende ajudar os enfermeiros para que também, para ajudar pais e filhos." [4G2]
1.7.1.6.2. <u>"Interação entre pais e profissionais"</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como uma parceria entre pais e profissionais de saúde	1/2	1/1	0/0	"Faz precisamente gala disso, quer dizer a interação entre pais e profissionais" [2G1]

1.7.1.6.3. <u>Valorização da relação</u>	Descrição da valorização da relação como ponto central do Modelo Touchpoints	3/3	0/0	0/0	“Isto é uma filosofia diferente, da relação” [8G1]
1.7.1.7. <u>Multidisciplinariedade</u>	Referências do entrevistado à interação entre áreas e agentes como descrição do Modelo Touchpoints	2/2	0/0	0/0	“Foi mesmo mais a interação que tinha de haver entre estas áreas da educação, da saúde, dos pais, do desenvolvimento” [14G1]
1.7.1.8. <u>Pressupostos-princípios</u>	Descrição/referências gerais aos princípios/pressupostos do Modelo Touchpoints	7/7	1/1	0/0	“Portanto eu vejo esses pressupostos e princípios do modelo numa perspectiva muito pragmática” [2G1]
1.7.1.9. <u>Valorizar a criança</u>	Descrição da criança como elemento central na filosofia do Modelo Touchpoints; referências às competências do bebê no Modelo Touchpoints	3/6	2/4	1/1	“Mas o foco é a criança, o foco é o desenvolvimento da criança, não é?” [2G1]
1.7.1.10. <u>Valorizar os pais</u>	Referências ao reconhecimento dos pais como detentores de forças e dificuldades	5/9	2/3	2/3	“E isso é que eu acho que também é uma das mais-valias realmente do modelo dos Touchpoints, é os pais, é fornecer estas ferramentas aos pais.” [12G1]
1.7.2. Características gerais do modelo	Referências no discurso dos participantes sobre o Modelo Touchpoints em geral				
1.7.2.1. <u>Abrangente</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como abrangente (vários profissionais, várias áreas)	1/1	0/0	0/0	“É um modelo muito completo, portanto abrange muitas áreas, abrange muitos profissionais, abrange todas as famílias, abrange toda a sociedade”. [3G1]
1.7.2.2. <u>Aplicabilidade</u>	Referências à aplicabilidade do Modelo Touchpoints no contexto profissional				
1.7.2.2.1. <u>Dificuldades na aplicação</u>	Referências à dificuldade em aplicar os conceitos na prática	4/7	0/0	0/0	“É fácil entre aspas, mas pronto, aquilo que ele idealiza eu acho que sim, depois na prática a lidar com os pais pode não ser tão fácil assim.” [8G1]
1.7.2.2.2. <u>“Fácil de aplicar”</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como fácil de aplicar na área de exercício profissional	3/4	0/0	0/0	“Que era extremamente fácil de aplicar, era um modelo muito bem estruturado e que poderia aplicá-lo em qualquer área do meu trabalho” [3G1]

1.7.2.3. <u>Atitude</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como uma atitude do profissional	1/1	0/0	0/0	“Este tipo de linguagem é muito, este tipo de linguagem não, que isto é mais atitude do que linguagem... é mais atitude.” [15G1]
1.7.2.4. <u>Avaliar</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como servindo para avaliar	0/0	2/3	0/0	“Para avaliar alguma coisa, só neste sentido.” [11G2]
1.7.2.5. <u>Envolvente</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como um modelo envolvente	2/4	0/0	0/0	“É um modelo envolvente da parte do enfermeiro ou do prestador de cuidados e da parte dos pais e do bebé... todos os “touchpoints” são momentos de envolvimento!” [9G1]
1.7.2.6. <u>Filosofia-modelo</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como um modelo e/ou filosofia				
1.7.2.6.1. <u>“Filosofia”</u>	Definição do Modelo Touchpoints como uma filosofia	0/0	1/1	0/0	“Pronto. acho que é uma filosofia,” [12G2]
1.7.2.6.2. <u>“Filosofia de vida”</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como uma filosofia de vida, no sentido em que os seus princípios são aplicáveis no contexto profissional e pessoal (em qualquer relacionamento)	1/3	0/0	0/0	“É como eu digo, acho que é uma filosofia de vida e que se aplica e que se vê os resultados na relação que tenho com os outros, sobretudo. Se isto funciona com a família e com os amigos também há-de funcionar com os nossos clientes.” [1G1]
1.7.2.6.3. <u>Inespecíficas</u>	Referências ao Modelo Touchpoints como modelo ou filosofia de forma não especificada	6/10	0/0	0/0	“Nós temos que, tomar consciência e daí que também ah... eu valorize tanto o modelo, tomar consciência de como é que devemos atuar e treinar” [15G1]
1.7.2.6.4. <u>“Modelo dinâmico”</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como um modelo dinâmico	1/1	0/0	0/0	“Este modelo extremamente dinâmico.” [2G1]
1.7.2.6.5. <u>“Modelo do futuro”</u>	Referência ao Modelo Touchpoints como um modelo do futuro nos cuidados de saúde	1/2	0/0	0/0	“Os Touchpoints para mim é o modelo do futuro, ou seja, poderá até em termo de ganhos de saúde ter mais-valias, nós é que não pensamos ainda bem nisto.” [6G1]

1.7.2.6.6. <u>“Modelo muito importante”</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como muito importante	1/1	0/0	0/0	“Para o futuro das nossas famílias e para o equilíbrio das famílias, sem dúvida que é um modelo muito, muito importante.” [15G1]
1.7.2.6.7. <u>Modelo positivo</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como não focado nos problemas, modelo positivo	3/3	1/1	0/0	“Aquele profissional não está só ali para apontar o que é mau, e é capaz de festejar com eles quando a criança é bem-sucedida e eles são bem-sucedidos.” [1G1]
1.7.2.6.8. <u>Modelo teórico e prático</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como com componentes teóricas e práticas	0/0	1/1	0/0	“É um modelo que, que... Tem uma componente teórica e uma componente prática.” [4G2]
1.7.2.7. <u>Inspirado no modelo bioecológico</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como inspirado no modelo bioecológico (Bronfenbrenner)	1/1	0/0	0/0	“O Bronfenbrenner também fala obviamente nos processos, nos contextos, muito hm nos timings, portanto o contexto é muito modelador da intervenção dos profissionais. Mas o modelo, este modelo clínico de desenvolvimento de abordagem Touchpoints também assume um bocadinho isso” [2G1]
1.7.2.8. <u>“Linguagem universal”</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como promotor de uma linguagem universal	0/0	1/3	0/0	“É um bocadinho uma linguagem universal.” [12G2]
1.7.2.9. <u>“Não eram novidade”</u>	Descrição/referência do Modelo Touchpoints como uma filosofia/modelo cujos conceitos não são novidade (não é a primeira vez que o entrevistado ouviu falar neles)	3/5	0/0	0/0	“De alguma forma muitas coisas que já não eram novidade, não é? Para nós que trabalhamos em pediatria.” [12G1]
1.7.2.10. <u>“Olhar diferente”</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como uma mudança de perspectiva sobre a família	2/2	0/0	0/0	“O nosso olhar tem de ser diferente.” [15G1]

1.7.2.11. “Simples”	Descrição do Modelo Touchpoints como sendo simples	1/1	0/0	0/0	“E acho que o Touchpoints tem essa magia. De facto ser, ser um programa simples” [5G1]
1.7.2.12. <u>Sobre o desenvolvimento</u>	Descrição do Modelo Touchpoints como sendo sobre o desenvolvimento infantil	0/0	3/3	1/1	“Sei que está relacionado com o desenvolvimento infantil” [6G3]
1.8. Formação em Touchpoints	Referências à formação em Touchpoints				
1.8.1. <u>Cursos</u>	Referências do entrevistado a aspetos relacionados com a acessibilidade, preço e organização do curso em Touchpoints	3/4	0/0	0/0	“É pena que não hajam assim tantos cursos como isso porque as pessoas estão interessadas. É caro!” [4G1]
1.8.2. Explicação do modelo	Referência à transmissão de conhecimentos após a formação em Touchpoints aos pares				
1.8.2.1. <u>Colaboração com colegas</u>	Referências do entrevistado aos pedidos de ajuda/colaboração dos elementos da sua equipa na prestação de cuidados considerando a sua formação em Touchpoints	2/3	0/0	0/0	“Eu acho que os mais velhos também perguntavam-nos o que é que era esse curso e para que é que ele servia e eu acho que serviu também um bocadinho de alerta na desconstrução do pensamento do desenvolvimento da criança,” [11G1]
1.8.2.2. <u>Contexto de formação formal</u>	Referências à explicação do Modelo Touchpoints por parte do entrevistado a outros em contextos formação formal (escolas de enfermagem, escolas de saúde, contexto sala de aula)	6/13	0/0	0/0	“Mobilizei... esta formação na formação dos meus estudantes ... olhe, sobretudo os estudantes de quarto ano, isso foi-me hmm... foi positivo.” [16G1]
1.8.2.3. <u>Difícil de explicar</u>	Referência à perceção do entrevistado da dificuldade dos pares em entenderem os conceitos do Modelo Touchpoints	3/10	0/0	0/0	“E também acho que eles não entenderam. Não percebem bem o que é que está por trás. Porque estão à espera de cuidados de, cuidados disto, cuidados daquilo, está a entender? E isto não é uma coisa dois e dois igual a quatro” [8G1]

<p>1.8.2.4. <u>“Passa-palavra”</u></p>	<p>Referência à transmissão de informação aprendida na formação Touchpoints; motivação da equipa para o que representa o Modelo Touchpoints</p>	<p>6/11</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“Foi passar a palavra, aquela coisa de passar a palavra, incentivar outros a ir, tentar que, é sempre muito mais complicado isoladamente.” [6G1]</p>
<p>1.8.2.5. <u>Ser um exemplo</u></p>	<p>Referências a como a sua atuação após a formação Touchpoints serve de exemplo para os colegas de equipa e valoriza os conhecimentos adquiridos</p>	<p>2/6</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“Porque elas acham que... e houve muitas colegas que inicialmente gostavam de assistir muito às minhas consultas [...] porque às vezes há colegas que fazem determinados comentários que... como por exemplo: “eu não percebo como é que tu consegues... como é que a criança te consegue entender, como é que a criança interage contigo!” E estes comentários faz ver que eu devo ter outra postura que elas não têm, não é?” [10G1]</p>
<p>1.8.3. Formação do próprio Referências associadas à formação do entrevistado em Touchpoints</p>					
<p>1.8.3.1. <u>Aplicabilidade dos conceitos</u></p>	<p>Referências à facilidade/dificuldade de aplicação dos conceitos do Modelo Touchpoints aprendidos</p>	<p>4/6</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“Portanto é extremamente... eu acho que é extremamente acessível e tem conceitos muito... muito práticos, muito aplicáveis, o que faz com que seja mais facilmente, também... aplicável.” [3G1]</p>
<p>1.8.3.2. <u>Consolidar conhecimentos</u></p>	<p>Descrição da formação em Touchpoints como oportunidade para consolidar conhecimentos já adquiridos</p>	<p>2/3</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“Para mim para aprofundar conhecimentos e atualizar conhecimentos, esse foi um dos contributos que retirei daqui.” [16G1]</p>
<p>1.8.3.3. <u>“Enriquecedora”</u></p>	<p>Descrição da formação em Touchpoints como enriquecedora</p>	<p>1/1</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“Foi assim uma coisa muito enriquecedora, não é?” [6G1]</p>
<p>1.8.3.4. <u>Importância</u></p>	<p>Referências à importância da formação em Touchpoints</p>	<p>2/2</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“E ainda mais conscientes do que é depois de fazer a formação, a formação nos Touchpoints! Aí é que vemos mesmo “ok, é importantíssimo” e acho que é fundamental.” [9G1]</p>

1.8.3.5. Motivação para formação	Razões do entrevistado para realizar ou não/ pretender vir a realizar formação em Touchpoints				
1.8.3.5.1. Para não realizar	Motivos do entrevistado para não ter realizado formação em Touchpoints				
1.8.3.5.1.1. <u>Falta de oportunidade</u>	Referência à falta de oportunidade como motivo para não realizar formação em Touchpoints	0/0	4/4	3/3	“Não fiz porque não se proporcionou. Mas já pensei porque gostei tanto” [2G2]
1.8.3.5.1.2. <u>Outras áreas de investimento</u>	Referência ao investimento em outras áreas profissionais como motivo para não realizar formação em Touchpoints	0/0	2/2	0/0	“Não há tempo para investir em muitas áreas ao mesmo tempo, se não, não fazemos nada” [3G2]
1.8.3.5.1.3. <u>Sem motivo</u>	Referências inespecíficas ao motivo para não realizar formação em Touchpoints	0/0	1/2	0/0	“Nós estávamos inscritas no mesmo, no mesmo curso, a diferença é que ela foi e eu não fui.” [6G2]
1.8.3.5.2. Para realizar	Motivos/ motivação do entrevistado para vir a realizar ou ter realizado formação em Touchpoints				
1.8.3.5.2.1. <u>“Conhecer melhor o modelo”</u>	Referências à vontade de conhecer melhor o Modelo Touchpoints, perceber os contributos do Modelo Touchpoints para a prática clínica como motivação para a formação em Touchpoints	5/6	0/0	1/1	“O que me motivou a querer fazer o curso foi conhecer melhor o modelo” [3G1]
1.8.3.5.2.2. <u>Contribuir para a minha prática</u>	Referências do entrevistado ao considerar que a formação em Touchpoints o ia ajudar a ser melhor profissional; ia contribuir para o seu desempenho	0/0	0/0	2/2	“Porque realmente acho que deve ser interessante e acho que me ia ajudar bastante como profissional” [3G3]
1.8.3.5.2.3. <u>“Convite”</u>	Referências a convites, sugestões de outros para inscrição no curso como motivação para a formação em Touchpoints	4/4	0/0	0/0	“Portanto foi tipo um convite e como sempre estive aberta a novas, a novos conhecimentos aceitei com muito gosto” [12G1]

1.8.3.5.2.4. <u>Formações anteriores</u>	Referências a formações, cursos, aulas anteriores onde se abordou o Modelo Touchpoints como motivação para a formação em Touchpoints	3/4	0/0	0/0	“Porque eu já conhecia, entretanto quando fiz a especialidade” [8G1]
1.8.3.5.2.5. <u>Interesse pessoal</u>	Referências ao desafio pessoal, interesse pela temática como motivação para a formação em Touchpoints	4/4	0/0	0/0	“Ah, o que me motivou... isto foi um desafio que eu me coloquei a mim própria!” [4G1]
1.8.3.5.2.6. <u>Leituras anteriores</u>	Referências a leituras via pesquisa bibliográfica ou livros sobre a temática como motivação para a formação em Touchpoints	9/11	0/0	0/0	“Li algumas coisas acerca do touchpoints e houve oportunidade, de numa das pesquisas que fiz, de ver que haviam cursos... foi essa a motivação” [16G1]
1.8.3.6. <u>Outros conhecimentos</u>	Referências aos conhecimentos adquiridos na formação em Touchpoints	5/6	0/0	0/0	“É assim, aquilo de facto havia muitas coisas que eu...não que desconhecesse, mas ainda não tinha pensado daquela maneira” [14G1]
1.8.3.7. <u>Ter contacto com peritos em Touchpoints</u>	Referência ao contacto com formadores peritos na formação em Touchpoints	4/4	0/0	0/0	“A outra questão que retirei desta formação foi o contacto com peritos na área, em que é sempre um momento de enorme partilha e enorme desenvolvimento... nomeadamente com o Professor Gomes-Pedro e com o Professor Sparrow” [16G1]
1.8.3.8. <u>Troca de experiências</u>	Referência à troca de experiências com outras pessoas na formação em Touchpoints	1/1	0/0	0/0	“A experiência que os outros nos passam também é promotor do nosso desenvolvimento pessoal e profissional... e isto são aspetos que trouxe desta formação” [16G1]
1.8.4. <u>Formação para todos</u>	Referências à importância da formação em Touchpoints de base para todos os elementos da equipa de enfermagem.	1/2	0/0	0/0	“Eu penso que é importante todos fazerem, isso não é demais” [1G1]

1.8.5. Integrada na especialidade	Referências da valorização da integração do Modelo Touchpoints na especialidade em enfermagem	2/2	0/0	0/0	“Deveria fazer parte do plano de uma especialidade” [13G1]
2. ABORDAGEM BRAZELTON	Referências à abordagem do desenvolvimento do Professor Brazelton				
2.1. <u>Diferentes perspetivas</u>	Referências do entrevistado quanto ao facto de outros enfermeiros não se identificarem com a abordagem Brazelton (mas sim com outras)	2/3	0/0	0/0	“Mas pronto há pessoas que não vão por isto, não é?” [10G1]
2.2. <u>Eu identifico-me</u>	Referências do entrevistado à forma se identifica com a abordagem Brazelton; "faz-me sentido", "identifico-me"	1/1	2/4	1/2	“Porque me identifico com muitas coisas” [7G3]
2.3. <u>Legado_ testemunho Brazelton</u>	"Brazelton's legacy" - referências do entrevistado a aspetos das perspetivas de Brazelton				
2.3.1. <u>Abordagem bioecológica</u>	Referências a abordagem bioecológica como parte da "linguagem Brazelton"	1/1	0/0	0/0	“Na abordagem ecológica” [16G1]
2.3.2. <u>Papel central dos pais</u>	Referências ao papel central dos pais como característica da "linguagem Brazelton"	1/2	0/0	0/0	“Os pais são obviamente como como na linha brazeltiana toda [...] o elo central no processo de desenvolvimento dos filhos” [2G2]
2.3.3. <u>Professor Brazelton</u>	Referências ao Professor Berry Brazelton	2/3	0/0	0/0	“O Professor Berry Brazelton ah... entendia a linguagem das crianças” [15G1]
2.3.4. <u>Professor Gomes-Pedro</u>	Referências ao Professor João Gomes-Pedro	3/5	0/0	0/0	“O Professor Gomes-Pedro hm [...] para mim é uma referência maior na área da pediatria” [2G2]
3. <u>OUTRAS PERSPETIVAS TEÓRICAS</u>	Referências a outras perspetivas teóricas (de enfermagem, sobre desenvolvimento, de pediatria)	0/0	2/4	0/0	“Eu sou professora de teorias e modelos, acabei por ter que estudar muitas teóricas” [3G2]
4. PERÍODO NEONATAL	Referências do entrevistado ao período neonatal				

4.1. <i>Competências do recém-nascido</i>	Referências do entrevistado às competências do bebê				
4.1.1. <u>Inexistentes</u>	Descrição do recém-nascido como tábua rasa, sem competências ao nascimento	1/1	0/0	1/2	“Quando se nasce essas aquisições não existem” [4G1]
4.1.2. <u>Neurocomportamentais</u>	Referências às competências neurocomportamentais do recém-nascido	1/1	0/0	0/0	“Na fase de recém-nascido/ maternidade o que é valorizado fundamentalmente é são as competências neurocomportamentais” [2G2]
4.1.3. <u>Tipo de competências</u>	Descrição/enumeração das competências do recém-nascido				
4.1.3.1. <u>Comunicacionais</u>	Referência às capacidades de comunicação do bebê				
4.1.3.1.1. <u>Choro</u>	Descrição do choro como estratégia de comunicação do bebê	11/14	9/11	7/12	“É assim, a forma deles comunicarem é o... Principalmente o choro.” [11G2]
4.1.3.1.2. <u>Coloração da pele</u>	Referência à coloração da pele como uma estratégia de comunicação do bebê (alteração da cor)	1/1	0/0	0/0	“É a cor da pele” [12G1]
4.1.3.1.3. <u>Expressões</u>	Referência às expressões do bebê como uma estratégia de comunicação do bebê	4/5	0/0	1/1	“A capacidade expressiva” [5G1]
4.1.3.1.4. <u>Linguagem corporal</u>	Referência à linguagem corporal, gestos, gesticular, a forma como se mexem/ movem como uma estratégia de comunicação	7/9	3/4	7/12	“Primeiro antes de usar a linguagem usa a expressão corporal para chamar à atenção” [8G1]
4.1.3.1.5. <u>Linguagem não-verbal</u>	Referências à linguagem não-verbal como estratégia de comunicação do recém-nascido	0/0	2/3	4/4	“Então, têm... Toda uma linguagem não-verbal... E... Que eu, eu acho, na maior parte das vezes facilmente reconhecível” [8G3]
4.1.3.1.6. <u>Olhar</u>	Descrição do olhar como estratégia de comunicação do bebê	10/15	7/10	1/1	“Eu dou muita importância ao olhar do bebê.” [10G1]

4.1.3.1.7. <u>Ouvir</u>	Descrição do ouvir como estratégia de comunicação do bebé	0/0	2/5	0/0	“Eles reagem, tu vês que eles reagem à voz da mãe, reagem à voz do pai” [9G2]
4.1.3.1.8. <u>Reação ao toque</u>	Referência ao sentido do tato, toque, reação ao toque do recém-nascido como uma estratégia de comunicação do bebé	1/1	3/5	1/1	“O toque, nós tocamos e vemos que ele ou acalma ou interagem de uma maneira diferente.” [11G1]
4.1.3.1.9. <u>“Sedutor”</u>	Descrição do recém-nascido como sedutor	2/2	0/0	0/0	“Falar um bocadinho do que é o bebé sedutor porque acho que os bebés são todos sedutores.” [5G1]
4.1.3.1.10. <u>Sorriso</u>	Descrição do sorriso como uma estratégia de comunicação do bebé	4/8	1/1	2/3	“Comunica através do seu sorriso” [4G1]
4.1.3.1.11. <u>Vocalizações</u>	Referência às vocalizações do recém-nascido (sons que ele emite) como uma estratégias de comunicação do bebé	6/7	2/2	0/0	“O palrar do bebé” [10G1]
4.1.3.2. Individuais	Referência a características individuais dos bebés				
4.1.3.2.1. <u>Autorregulação</u>	Capacidade do bebé em organizar/ajustar os seus estádios de consciência	5/7	2/3	1/1	“Com mais dificuldade em se regular e outros com menos dificuldade” [15G1]
4.1.3.2.2. <u>Características físicas</u>	Referências ao desenvolvimento físico/características físicas como característica que distingue os recém-nascidos entre si	0/0	2/2	2/3	“O desenvolvimento físico também, não são todos, não é? São diferentes.” [7G2]
4.1.3.2.3. <u>Desorganização</u>	Referências à desorganização como diferença individual do recém-nascido	0/0	1/1	1/1	“A forma como, como às vezes se encontram desorganizados” [10G2]
4.1.3.2.4. <u>Diferenças individuais</u>	Referência ao facto de os recém-nascidos serem todos diferentes	8/17	9/20	8/16	“Os bebés não são, não são todos iguais!” [12G1]

4.1.3.2.5. <u>Interesses diferentes</u>	Referências aos interesses, gostos diferentes dos bebês; preferências dos bebês	0/0	0/0	3/4	“Depois cada um gosta das suas coisas, uns gostam de dormir de uma maneira, outros doutra” [7G3]
4.1.3.2.6. <u>Linguagem própria</u>	Referência à linguagem própria de cada bebê	0/0	0/0	1/2	“Eu acho que eles... Têm sinais muito próprios.” [8G3]
4.1.3.2.7. <u>Padrão de comportamento</u>	Referência a como acorda, como se alimenta o bebê; se “é mais irritável”	8/15	6/10	7/12	“Portanto tem a ver com o comportamento, com o comportamento do recém-nascido.” [3G1]
4.1.3.2.8. <u>Personalidade</u>	Referência à personalidade/temperamento do bebê como uma característica individual que o distingue dos outros bebês	5/5	3/3	3/5	“Eu acho que eles já apresentam características na sua, na sua pequena personalidade” [12G1]
4.1.3.2.9. <u>Raciais</u>	Referência a diferenças entre bebês relacionadas com a sua raça	1/1	0/0	0/0	“Que a gente vê logo, um bebê de raça negra, aquele olhar, aquele, o tônus, são logo diferentes, não é?” [12G1]
4.1.3.2.10. <u>Reação ao estímulo</u>	Referências à reação a estímulos como característica que distingue os recém-nascidos entre si	0/0	3/4	0/0	“A forma como comunica e como reage à forma como é também estimulado” [5G2]
4.1.3.2.11. <u>Reflexos</u>	Referências aos reflexos dos bebês como característica que distingue os recém-nascidos entre si	0/0	2/4	0/0	“O reflexo de sucção, de deglutição, o aprender a mamar, [...] há bebês que nascem e se for preciso no próprio dia ou no dia a seguir até já aprenderam bem a pegar na mama e há outros que, às vezes ao fim de um mês, ainda andam ali numa luta para. Depende.” [13G2]
4.1.3.2.12. <u>Tonicidade</u>	Referência ao tônus muscular do recém-nascido	1/1	0/0	0/0	“A questão da tonicidade, como é que o bebê se mobiliza” [6G1]
4.1.3.3. Sensoriais	Referência às capacidades sensoriais do recém-nascido				
4.1.3.3.1. <u>Audição</u>	Referências ao sentido de audição do recém-nascido	2/2	2/3	0/0	“O ouvir o ritmo cardíaco que eles estão tão habituados aqueles 9 meses, explorar muito essa

					questão porque eles são competentíssimos nessa área.” [1G1]
4.1.3.3.2. <u>Olfato</u>	Referência ao sentido de olfato do recém-nascido	2/3	0/0	0/0	“Nível sensorial, o olfato,” [1G1]
4.1.3.3.3. <u>Paladar</u>	Referências ao sentido de paladar do recém-nascido	1/1	1/1	0/0	“Falo nas papilas [gustativas]” [6G2]
4.1.3.3.4. <u>Tato</u>	Referência ao sentido do tato, toque do recém-nascido	3/3	2/4	1/3	“Às vezes como afaga a face da mãe...” [4G1]
4.1.3.4. <u>Ser social</u>	Referência ao recém-nascido como ser social				
4.1.3.4.1. <u>Influência sobre os outros</u>	Referência às capacidades do recém-nascido de se relacionar com os outros, capacidade de socialização; papel ativo do recém-nascido	16/33	12/34	8/12	“Sem dúvida que é ativo! Um bebê interfere com a família a todos os níveis e por alguma razão é, porque se fosse passivo a família continuava a funcionar da mesma maneira, e ele influencia imenso. [...] é ativo e de que maneira. Mais do que os pais às vezes estão a imaginar.” [1G1]
4.1.3.4.2. <u>Interação</u>	Descrição da capacidade de interação do bebê com os outros, nomeadamente os pais, elucidativo da sua competência relacional	13/29	9/16	6/17	“Responde à interação – ele tem formas de responder e os pais por sua vez de responder à estimulação que a criança faz” [8G1]
4.1.4. <u>Valorizar as competências</u>	Referência à valorização das competências do recém-nascido por parte do enfermeiro	11/21	8/14	7/11	“Se eu conhecer melhor e saber o que são competências do recém nascido, nomeadamente estou mais preparado para poder respostas mais adequadas aquilo que são as necessidades da criança” [16G1]
4.2. <u>Descrição geral do período neonatal</u>	Referências/descrição do período neonatal				
4.2.1. <u>Adaptação</u>	Descrição do período neonatal como sendo de adaptação	2/2	0/0	3/4	“O bebê está-se a adaptar à vida fora da barriga da mãe e a um ambiente estranho e os pais estão-se a adaptar também a um elemento estranho em casa” [9G1]

4.2.2. Alterações	Referências às alterações que ocorrem durante o período neonatal; período de alterações	0/0	0/0	2/2	“Todas as rotinas se alteram, todas as funções dos elementos constituintes da família se alteram, ehm, a própria a própria personalidade dos pais, eles muitas vezes referem que se altera” [3G3]
4.2.3. Aprendizagem	Descrição do período neonatal como um período de aprendizagem	0/0	1/4	1/1	“É um período de muita aprendizagem quer para o bebé, quer para a própria mãe.” [13G2]
4.2.4. <u>Bebé imaginário vs. Bebé real</u>	Referências ao confronto entre o "bebé imaginário" e o "bebé real"	2/2	1/2	4/9	“Tudo é posto em causa e sobretudo os sonhos que os pais tinham sobre aquele filho” [1G1]
4.2.5. <u>“Cansativo”</u>	Descrição do período neonatal como cansativo	0/0	1/1	0/0	“É um período extremamente cansativo” [11G2]
4.2.6. <u>“Construir alicerces”</u>	Referência/ descrição do período neonatal como a construção de alicerces	1/1	2/2	0/0	“O período neonatal no fundo constrói os nossos alicerces para o desenvolvimento da criança, não é?” [11G1]
4.2.7. <u>“Período difícil”</u>	Descrição do período neonatal como difícil, transição difícil, complicado	0/0	3/6	2/3	“Integrar esse novo membro é um período difícil.” [10G2]
4.2.8. <u>Dúvidas</u>	Referência ao período neonatal como sendo uma fase de dúvidas	1/1	0/0	0/0	“Há muita coisa que num período pós-parto... há muitas dúvidas!” [4G1]
4.2.9. <u>Estabelecer vinculação</u>	Descrição do período neonatal como importante para a vinculação entre pais e bebé; referências ao processo de vinculação no período neonatal	7/11	2/4	1/1	“É fundamental para... assim como o estabelecimento da vinculação mãe-bebé e bebé-restante, com o pai também, acho que são muito importantes.” [9G1]
4.2.10. <u>Fase assustadora</u>	Descrição do período neonatal como uma fase assustadora	0/0	0/0	2/3	“Perceber o que é que o bebé precisa é muito assustador para os pais.” [1G3]
4.2.11. <u>Impacto</u>	Referências ao impacto do período neonatal no indivíduo e família	3/7	4/5	0/0	“É uma fase muito importante em que as pessoas têm que usar todas as suas forças para correr bem e para proporcionar à criança um crescimento e desenvolvimento mais saudável possível.” [12G2]

4.2.12. <u>Influencia o desenvolvimento</u>	Descrição do período neonatal como momento que influencia o desenvolvimento do bebê	0/0	4/8	2/2	“Tudo o que o neonato absorver nos primeiros dias é o que vai ficar marcado e é o que vai marcar o seu desenvolvimento.” [3G3]
4.2.13. <u>Papel de outras pessoas</u>	Referência ao papel de outras pessoas (outros familiares) no período neonatal	0/0	2/6	1/1	“Há situações que nós vemos pessoas que são muito, que ajudam a fortalecer [...] mas também percebemos que há pessoas ao lado ehm que são uma fonte de, de desgaste suplementar” [2G2]
4.2.14. <u>“Período crítico”</u>	Descrição do período neonatal como um período crítico.	2/4	0/0	1/1	“É um período crítico...em termos emocionais, psicológicos, do próprio “eu”, tudo é posto em causa” [1G1]
4.2.15. <u>Período da “descoberta”</u>	Descrição do período neonatal como o período da descoberta	0/0	0/0	3/3	“É uma descoberta, é tudo... Uma... É vivido a 100%.” [5G3]
4.2.16. <u>Processo emocional</u>	Descrição do período neonatal como processo emocional	2/6	0/0	0/0	“O nascimento do bebê por um lado é um momento de alegria, de felicidade, de contentamento e preenchimento, às vezes nas relações, mas por vezes se essas relações não são bem sedimentadas pode também ser de, portanto, fragilidade ou de contribuir para a rutura das relações.” [4G1]
4.2.17. <u>“Revolução”</u>	Descrição do período neonatal como uma revolução	0/0	1/1	0/0	“Se for um primeiro filho, então é mesmo uma revolução.” [12G2]
4.2.18. <u>Solidão da mãe</u>	Referência ao período neonatal como uma fase em que a mãe se sente só	1/5	0/0	0/0	“Portanto, a mãe descentra-se dela própria e tudo o que ela vive é em função daquele bebê.” “portanto as mães vêem-se sós.” [4G1]
4.2.19. <u>“Transição”</u>	Descrição do período neonatal como uma transição	0/0	2/2	0/0	“É evidente que pode haver outras dificuldades inerentes a processos ehh, podemos-lhe chamar uma transição saúde/doença.” [1G2]
4.2.20. <u>“Vida nova”</u>	Descrição do período neonatal como uma vida nova	0/0	1/1	0/0	“É toda uma vida nova!” [12G2]
4.3. <i>Importância do período neonatal</i>	Referências à importância do período neonatal				

4.3.1. <u>Importância para a intervenção</u>	Referência ao período neonatal como um momento-chave de intervenção	7/12	7/14	7/9	“Se formos capazes de capacitar os pais acerca destas competências de antecipadamente eles perceberem que o bebê tem estas competências, podemos está-los a ajudar a promover esta interação.” [16G1]
4.3.2. <u>Importância para a relação pais-bebê</u>	Referência à importância do período neonatal para a relação pais-bebê; descrições de vinculação	9/20	4/7	3/3	“Isto é uma frase que eu gosto muito. Ser o mais importante do mundo para alguém e isto, o período neonatal é um período decisivo para isto. É um período extremamente importante para que este vínculo muito forte se dê.” [15G1]
4.3.3. <u>Importância para a família</u>	Referências à importância do período neonatal para a família	0/0	7/8	2/3	“Quando o bebê nasce há sempre uma diferença muito grande na família. Portanto a família tem que se reestruturar, tem que se reorganizar.” [9G3]
4.3.4. <u>Importância para o bebê</u>	Referências à importância do período neonatal para o bebê	4/7	6/8	7/13	“E portanto, quanto mais estimulante ele for dentro dos limites que o bebê tolera, que ele é fundamental e que isso pode ter implicações no desenvolvimento futuro.” [5G1]
4.3.5. <u>Importância para os pais</u>	Referências à importância do período neonatal para os pais	7/11	7/8	7/10	“É tudo o que acontece após o nascimento, acho que pode influenciar muito. Os pais, vinculação, não é... Parentalidade, papel parental, tudo isso eu acho que tem muita influência.” [7G2]
4.3.6. <u>Inespecificada</u>	Referência à importância do período neonatal em geral	8/12	6/7	4/5	“É extraordinariamente importante” [13G1]
4.4. <u>Importância do planeamento familiar</u>	Referências à valorização do entrevistado ao planeamento familiar (pré-gravidez)	0/0	0/0	1/2	“Quando ainda estão a planear uma gravidez, já começam a fazer uma série de, ter uma série de comportamentos que que, inevitavelmente não teriam se não tivessem um bebê. Como por exemplo, [...] as questões profissionais, por isso mesmo antes de o bebê nascer eu acho que já começa a mudar ali o seio familiar.” [3G3]

4.5. <i>Transição para a parentalidade</i>	Referências/ descrição do processo de transição para a parentalidade				
4.5.1. Alterações na família	Referências à transição para a parentalidade como uma fase que traz alterações para a família	0/0	2/3	0/0	“Realmente a transição para a parentalidade e o facto de... e é uma fase do ciclo vital que, da família, que mais alterações traz no fundo” [5G2]
4.5.2. “Blues” depressão pós-parto	Referências do entrevistado ao “blues” pós-parto/ depressão pós-parto	1/4	1/1	0/0	“Este é o período do blues pós-parto, de muitas vezes que a mãe está e às vezes ficam com muitos problemas de consciência, porque, eu estou, estavam estou tão triste que não me apetece interagir” [15G1]
4.5.3. “Contínua”	Descrição da transição para a parentalidade como contínua, perdura ao longo das fases de desenvolvimento da criança	0/0	1/1	0/0	“A transição para a parentalidade é quase que uma contínua transição.” [1G2]
4.5.4. “É um máximo”	Referências à transição para a parentalidade ser um máximo para os pais	0/0	0/0	1/1	“É um máximo.” [5G3]
4.5.5. Inseguranças dos pais	Referências às inseguranças dos pais na transição para a parentalidade	0/0	0/0	2/2	“De gerir alguns momentos de crise que isso acontece certamente em muitos casos em casa, de não perceber o que é que o bebé precisa, não ter... Não ter... Certezas de algumas coisas, de sentir às vezes... Não, não confiante naquele papel.” [8G3]
4.5.6. Mudanças da mulher	Referências às mudanças na mulher fisiológicas (hormonais, físicas) na transição para a parentalidade	0/0	1/1	0/0	“Mudanças fisiológicas da própria mulher que também se estão a ajustar” [2G2]
4.5.7. “Não é inato”	Descrição da transição para a parentalidade como não sendo inata, automática	1/1	1/1	2/2	“E às vezes é preciso que os pais aprendam porque há muitos cursos para pais, mas ser pai ou ser mãe... às vezes é preciso uma certa aprendizagem, não é assim tão inato...” [14G1]

4.5.8. <u>Papel parental</u>	Referências ao papel parental na 23r54tgão para a parentalidade	0/0	2/4	2/2	“A percepção que o pai e mãe têm sobre si próprios nestes novos papéis que... Que assumiram.” [7G3]
4.5.9. <u>“Reviver a infância”</u>	Referências ao reviver as memórias de infância pelos pais na transição para a parentalidade	1/1	0/0	0/0	“O reviver a infância porque quando se está grávido revive-se muito o sonho de ser mãe ou de ser pai e as experiências que se teve na infância, e às vezes quando as coisas não correram muito bem no passado pode ser um bocadinho catastrófico, voltar ao reviver estas situações os pais ficam muito frágeis” [1G1]
5. RELAÇÃO PAIS-BEBÉ	Descrição/perspetivas do entrevistado relativamente às características da relação pais-bebé e às competências parentais				
5.1. <u>Amamentação</u>	Referências à amamentação como aspeto da relação pais-bebé	1/2	3/3	0/0	“Mais do que isso para mim é fortemente potenciadora de um estado afetivo, não é? Necessário ao bom cuidado” [2G1]
5.2. <u>Características da relação pais-bebé</u>	Referência/enumeração de características da relação entre pais e filhos (bebés)				
5.2.1. <u>“Adaptar”</u>	Descrição da relação como os pais têm de se adaptar ao bebé	0/0	3/4	1/1	“Cada experiência, cada acontecimento, é uma coisa nova, e os pais têm que se adaptar” [11G2]
5.2.2. <u>Afetividade</u>	Referências à relação afetiva entre pais e bebé	3/3	3/5	1/1	“A questão da afetividade também vai crescendo e isto é tudo uma construção e pode ser alimentada com estes ingredientes,” [2G1]
5.2.3. <u>Características dos pais</u>	Referência às características dos pais como elementos da relação entre pais e filho	0/0	2/2	1/1	“Uns pais que sejam muito ansiosos, muito... ansiosos! Nervosos mesmo, vão incutir naquela criança um comportamento se calhar também mais ansioso” [13G2]
5.2.4. <u>Conhecimento-descoberta</u>	Referências ao conhecimento (mútuo ou não); descoberta como característica da relação pais-bebe	0/0	4/7	2/3	“Neste processo de que a mãe precisa de conhecer o seu filho, o seu filho precisa de conhecer a sua mãe” [4G2]
5.2.5. <u>“Dose-resposta”</u>	Descrição da relação pais-bebé como "dose-resposta"	1/1	0/0	0/0	“Eu acho que isto é tudo a questão da dose-resposta” [16G1]

5.2.6. <u>Enriquecedora</u>	Descrição da relação entre pais e bebê como enriquecedora; todos os membros se "enriquecem"	1/2	0/0	0/0	"A família enriqueceu porque agora tem um novo membro." [4G1]
5.2.7. <u>Estabelecer vinculação</u>	Descrição da vinculação como característica da relação pais-bebe	0/0	5/6	1/1	"É preciso a tal vinculação, se não existe essa vinculação... consegue-se perceber." [12G2]
5.2.8. <u>"Estável"</u>	Referências à relação pais-bebe como estável	0/0	0/0	1/1	"Tem que ser uma relação... Acima de tudo, estável." [5G3]
5.2.9. <u>Fragiliza relação do casal</u>	Referência à forma como a relação entre pais e filhos pode fragilizar a relação entre mãe e pai	1/3	0/0	0/0	"Se as coisas não estão bem cimentadas, pode ser um momento de fragilidade entre a relação porque a mãe dá muito mais atenção ao bebê, está muito mais preocupada com o bebê e muitas vezes o pai fica para segundo plano" [4G1]
5.2.10. <u>Insegurança</u>	Referências à insegurança dos pais no seu papel no relacionamento com os seus filhos	0/0	1/1	0/0	"O medo de falhar conduzem muito à atitude no dia a dia [...] "será que estou a fazer bem, será que estou a fazer mal?" [12G2]
5.2.11. <u>"Natureza do bebê"</u>	Referências à natureza do bebê como uma característica/ influencia da relação pais-bebé	0/0	1/1	1/2	"A natureza do bebê é que define como é que essa relação se estabelece. Se é mais calma, se é mais agitada" [12G2]
5.2.12. <u>"Pôr à prova"</u>	Referências de que os pais são postos à prova como pais no seu relacionamento com os filhos	0/0	1/1	0/0	"Muito de pôr à prova... uma pessoa por muitos conhecimentos que tenha" [12G2]
5.2.13. <u>Responsabilidade</u>	Referências à responsabilidade dos pais na relação entre pais e bebé	1/1	1/2	0/0	"A responsabilidade de ter um ser humano cá fora, em que nós não somos donos dele, mas somos responsáveis" [13G1]
5.2.14. <u>"Sistema"</u>	Descrição da relação entre pais e bebés como um sistema, equipa	0/0	1/1	0/0	"Isto é um sistema, todas as partes estão incluídas nesta relação. É uma equipa!" [12G2]
5.2.15. <u>"Uma coisa séria"</u>	Descrição da relação entre pais e filhos como uma coisa séria	0/0	1/1	0/0	"Uma coisa muito séria..." [12G2]

5.2.16. “Única”	Referências à relação pais-bebê como única, particular	1/2	0/0	1/3	“Acabam por se relacionar com os seus filhos de uma forma muito específica, muito íntima, muito deles” [3G1]
5.3. <i>Conceitos parentais</i>	Referências do entrevistado aos conceitos, concepções, conhecimentos, ideias prévias dos pais sobre desenvolvimento/ comportamento do filho ou papel parental	4/7	2/4	3/4	“E muitas vezes são estas ideias que os pais trazem e depois acabam por não estimular, nem interagirem, nem potenciar estes sentidos porque parece que estão a falar para alguém que não está a entender,” [1G1]
5.4. <i>Estabilidade da relação marital</i>	Referência à influência da relação entre o casal para a relação entre pais e filho	1/1	0/0	0/0	“Eu penso que a boa harmonia do casal é fundamental para que um bebé também nasça com mais tranquilidade,” [4G1]
5.5. <i>Importância da relação pais-bebê</i>	Referência à importância da relação entre pais e bebé em geral	9/16	10/12	1/2	“E então os pais ao conhecerem e perceberem, ao estarem sensíveis aos sinais da criança e responderem de acordo com os sinais que a criança emana, pronto, estão a promover o desenvolvimento. Dá-lhes segurança e confiança.” [8G1]
5.6. <i>Pais como peritos</i>	Descrição do valor/ importância atribuída ao conhecimento dos pais sobre o filho; "os pais são peritos nos seus filhos"	6/10	4/11	7/10	“Perceber que aqueles pais são peritos naquela criança” [16G1]
6. DESENVOLVIMENTO INFANTIL	Referências do entrevistado ao desenvolvimento infantil				
6.1. <i>Descrição geral do desenvolvimento infantil</i>	Referência a elementos sobre desenvolvimento infantil (descrição)				
6.1.1. <u>Alicerce</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como alicerce (para a vida adulta)	1/1	0/0	0/0	“Onde se alicerçam, portanto tudo aquilo que ela vai ser como adulta,” [4G1]

6.1.2. <u>Aquisição de competências</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como um processo de aquisição de competências	2/2	3/5	1/2	“O desenvolvimento infantil é toda a aquisição que a criança de alguma maneira adquire para desenvolver as suas competências do ponto de vista pessoal, fisiológico, intelectual, pronto” [4G1]
6.1.3. <u>Área específica</u>	Descrição do desenvolvimento como desenvolvimento numa área específica				
6.1.3.1. <u>Desenvolvimento biológico</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como desenvolvimento biológico	0/0	1/1	0/0	“Podemos falar de desenvolvimento biológico” [8G2]
6.1.3.2. <u>Desenvolvimento cognitivo</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como desenvolvimento cognitivo	0/0	3/3	0/0	“Cognitivo” [11G2]
6.1.3.3. <u>Desenvolvimento educacional</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como desenvolvimento educacional	0/0	1/1	0/0	“Desenvolvimento mesmo a nível educacional...” [8G2]
6.1.3.4. <u>Desenvolvimento emocional</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como desenvolvimento emocional	0/0	2/2	0/0	“Emocional também, como é lógico.” [11G2]
6.1.3.5. <u>Desenvolvimento físico</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como desenvolvimento físico	0/0	6/6	0/0	“A forma como a criança vai crescer, seja a nível físico” [7G2]
6.1.3.6. <u>Desenvolvimento psicomotor</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como desenvolvimento psicomotor	0/0	1/1	0/0	“Psicomotor” [5G2]
6.1.3.7. <u>Desenvolvimento social</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como desenvolvimento social	0/0	3/5	0/0	“Desenvolvimento social...” [8G2]
6.1.4. <u>“Bases vida adulta”</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como sendo as bases do adulto, aquilo em que a criança se tornará na vida adulta	0/0	4/5	2/4	“Todo o seu desenvolvimento dos primeiros meses vai-se repercutir na, provavelmente na vida adulta” [3G3]

6.1.5. <u>Complexo</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como complexo	2/2	0/0	3/4	“Como um processo muito complexo,” [8G3]
6.1.6. <u>Contínuo</u>	Descrição do desenvolvimento como um processo contínuo; um processo que vai acontecendo ao longo do tempo, da vida, sucessivo, ininterrupto	0/0	3/3	0/0	“Contínuo, que sabemos eventualmente quando começa, mas não quando acaba” [4G2]
6.1.7. <u>Crescimento</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como crescimento da criança	0/0	1/1	2/2	“Acho que tem a ver com o ciclo de vida da criança, tem... Tem o crescimento. E esse crescimento vai levar a um desenvolvimento” [8G2]
6.1.8. <u>Crise</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como processando-se em crises: "cada fase é uma crise", "são várias crises de desenvolvimento"	0/0	1/1	0/0	“Cada fase da, da criança, é uma fase de crise,” [9G2]
6.1.9. <u>Desafio</u>	Descrição do desenvolvimento como um processo desafiante	2/2	0/0	0/0	“O desenvolvimento da criança vai ser um desafio constante,” [1G1]
6.1.10. <u>Descontínuo</u>	Descrição do desenvolvimento como um processo descontínuo, com avanços e retrocessos, descontínuo e flexível, dinâmico	7/15	0/0	0/0	“O desenvolvimento hoje é entendido sobretudo então numa perspectiva descontínua” [2G1]
6.1.11. <u>Difícil</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como não sendo fácil.	1/1	0/0	0/0	“Faz ver que o crescimento e o desenvolvimento da criança não é assim tão fácil como parece, não é?” [11G1]
6.1.12. <u>“Dinâmico”</u>	Descrição do desenvolvimento como um processo dinâmico.	0/0	1/3	0/0	“É dinâmico porque vai sempre alterando e modificando” [4G2]
6.1.13. <u>“Direção definida”</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como tendo uma direção, um sentido	1/2	0/0	0/0	“O desenvolvimento infantil é um, é um processo, hm é um processo fabuloso, é um processo descontínuo, embora com uma direção bem definida,” [2G1]

6.1.14. <u>Evolutivo</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como um processo de mudança, progredir de um estágio para outro de maior complexidade	7/10	5/8	2/3	“Sempre no sentido de progredir de um estágio mais simples para operações mais complexas” [1G1]
6.1.15. <u>“Importante”</u>	Referência/descrição do desenvolvimento infantil como importante	1/2	0/0	0/0	“Mas de alguma maneira o desenvolvimento infantil é uma fase muito importante do desenvolvimento da criança” [4G1]
6.1.16. <u>“Individual”</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como um processo individual, diferenciado, diferente de criança para criança	1/2	6/7	1/2	“Sabendo nós que depois a expressão final do desenvolvimento, em que cada um faz a sua, cada um chega, claro isso é evidente porque é individual, não é?” [2G1]
6.1.17. <u>Influencia a família</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como tendo influência sobre a família/pais	0/0	0/0	4/9	“[os pais] São o mais importante que há para aquela criança, se a criança 'tá... Num, num momento de stress, de alteração do seu equilíbrio, vai haver alteração dos pais...” [8G3]
6.1.18. <u>“Maravilhoso”</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como uma coisa maravilhosa, fantástica	2/2	0/0	0/0	“O desenvolvimento infantil para já é uma coisa maravilhosa” [7G1]
6.1.19. <u>“Maturação”</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como maturação	0/0	1/1	1/1	“Mas de maturação, não só de órgãos” [6G2]
6.1.20. <u>Multidimensional</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como multidimensional, global; referências ao desenvolvimento infantil como o desenvolvimento em várias áreas (físico, psicológico, social...)	4/4	5/6	3/3	“Para mim o desenvolvimento infantil é assim: é eu ver aquela criança tanto a nível físico, psíquico e como... físico, psíquico e no fundo social.” [10G1]
6.1.21. <u>“Potencial”</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como atingir um potencial	2/6	0/0	0/0	“Portanto, é atingir o seu máximo potencial. Aquele que é possível, às vezes num determinado período a criança não atinge o seu máximo potencial.” [15G1]

6.1.22. “Processo natural”	Descrição do desenvolvimento infantil como um processo natural	0/0	0/0	1/1	“É um processo natural, não é?” [9G3]
6.1.23. <u>Qualidade de vida</u>	Referências ao desenvolvimento infantil como proporcionar qualidade de vida da criança, orientado para o seu futuro	2/3	0/0	0/0	“Um desenvolvimento saudável que permitem um atingir de hm melhores condições para uma vida feliz e saudável...” [16G1]
6.1.24. <u>Respostas</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como as respostas ao meio, dificuldades, fatores externos	0/0	0/0	1/1	“Respostas ao meio, às dificuldades, respostas ao meio exterior...” [6G3]
6.1.25. <u>Transformação</u>	Descrição do desenvolvimento infantil como uma transformação	0/0	1/3	1/1	“Vai ocorrendo e vai transformando a criança constantemente” [2G2]
<i>6.2. Fatores que influenciam o desenvolvimento infantil</i>	Enumeração de fatores que influenciam o desenvolvimento da criança				
6.2.1. Ambiente	Enumeração de fatores ambientes como influenciadores do desenvolvimento infantil; sistemas (micro, exo, macro...)				
6.2.1.1. <u>Macrossistema</u>	Referências ao macrossistema				
6.2.1.1.1. <u>“Apoio social”</u>	Referência à rede de apoio social como fator influenciador do desenvolvimento da criança	1/1	0/0	0/0	“Da rede de apoio social,” [16G1]
6.2.1.1.2. <u>“Contexto socioeconómico”</u>	Referências ao contexto socioeconómico como influenciador do desenvolvimento	1/1	1/1	1/1	“Com o próprio contexto socioeconómico,” [15G1]
6.2.1.1.3. <u>Cultura</u>	Referência a fatores culturais como influenciadores do desenvolvimento infantil	0/0	1/2	0/0	“Nos aspetos culturais, também” [4G2]
6.2.1.1.4. <u>“Sociedade”</u>	Sociedade, comunidade, políticas como fatores ambientais influenciadores do desenvolvimento infantil	9/14	5/9	2/2	“A sociedade onde eles estão inseridos e a comunidade em geral, é isso que os vai influenciar.” [13G1]
6.2.1.2. <u>Microssistema</u>	Referências ao microssistema				

6.2.1.2.1. <u>"Afeto"</u>	Referência a aspetos afetivos como fatores influenciadores do desenvolvimento infantil	2/13	2/3	0/0	"Penso que o afeto e o amor, não é, são realmente um alicerce fundamental para o crescimento da criança enquanto ser humano e posteriormente como adulto." [4G1]
6.2.1.2.2. Ambiente em geral	Referência a fatores do ambiente em geral				
6.2.1.2.2.1. <u>Ambiente e meio</u>	Referência a fatores do ambiente e meio (em simultâneo) onde a criança está inserida como influenciadores do desenvolvimento infantil	1/1	3/6	4/5	"Tem uma clara e uma óbvia interação entre ambiente e meio, não é?" [2G1]
6.2.1.2.2.2. <u>Contexto</u>	Referências ao contexto, meio, ambiente (referências isoladas) onde a criança está inserida como um fator influenciador do seu desenvolvimento	2/3	0/0	0/0	"Todas essas coisas que o rodeiam de alguma maneira são o suporte daquilo que ela vai ser futuramente." [4G1]
6.2.1.2.2.3. <u>"Fatores externos"</u>	Referências a fatores externos como influenciadores do desenvolvimento da criança	3/3	0/0	0/0	"Com fatores externos" [15G1]
6.2.1.2.2.4. <u>Fatores do ambiente inespecíficos</u>	Referência inespecífica ao ambiente como influenciador do desenvolvimento infantil	9/10	5/7	4/4	"O ambiente interfere muito também nessa- nesta fase do desenvolvimento." [1G3]
6.2.1.2.2.5. <u>"O que rodeia" a criança</u>	Referências ao ambiente como "o que rodeia a criança", "aquilo que a rodeia" como fator influenciador do seu desenvolvimento	2/2	0/0	0/0	"Todas essas coisas que o rodeiam de alguma maneira são o suporte daquilo que ela vai ser futuramente." [4G1]
6.2.1.2.2.6. <u>Vivências da criança</u>	Referências às vivências da criança como influenciadoras do seu desenvolvimento	2/2	2/3	0/0	"Penso que as vivências por que ela passa influenciam o seu crescimento, o seu crescimento e desenvolvimento." [11G2]
6.2.1.2.3. Estimulação	Referências aos estímulos/ estimulação da criança como fatores influenciador do seu desenvolvimento				

6.2.1.2.3.1. <u>Estimulação em geral</u>	Referências aos estímulos/estimulação da criança em geral como fatores influenciador do seu desenvolvimento (respostas do tipo: "crianças estimuladas", "estímulos que a criança recebe")	3/3	4/6	4/9	"Eu tenho crianças que estão, digamos, crianças ditas normais que são pouco estimuladas" [10G1]
6.2.1.2.3.2. <u>Meios tecnológicos</u>	Referências a fatores tecnológicos como influenciadores do desenvolvimento infantil	1/2	1/2	1/1	"A introdução de fatores novos reais tecnológicos faz com que a parte emocional da criança seja posta um bocadinho de lado e esteja afirmado mais hoje em dia um desenvolvimento intelectual do que emocional." [11G1]
6.2.1.2.3.3. <u>Objetos</u>	Referência à influência de objetos (brinquedos, sistemas retenção, cadeiras de alimentação, ...) No desenvolvimento infantil	1/2	2/2	0/0	"E acho que a partir do momento, e aquilo que aconteceu com o aparecimento dessas cadeirinhas, foi que o bebê passou a estar muito mais cedo sentado, ou a ver o mundo na vertical, certo? Portanto acho que eles se tornaram mais interativos mais cedo no ovo" [5G1]
6.2.1.2.4. <u>Família</u>	Referência à família como sistema que influencia o desenvolvimento infantil				
6.2.1.2.4.1. <u>Ambiente familiar</u>	Referência ao ambiente familiar como fator influenciador do desenvolvimento infantil	6/8	3/4	1/1	"A família está aqui muito incluída em todos eles. No ambiente que proporciona à criança" [4G2]
6.2.1.2.4.2. <u>Cuidador-educador</u>	Referência ao cuidador da criança como fator influenciador do desenvolvimento infantil	4/6	0/0	0/0	"Tem outras pessoas que são pessoas de referência que, de alguma maneira, suportam do ponto de vista destas necessidades que elas têm, emocional, afetivo..." [4G1]
6.2.1.2.4.3. <u>Disciplina</u>	Referência à disciplina, definição/noção de limites como fator influenciador do desenvolvimento da criança	1/4	2/5	1/1	"Os limites é super importante para que uma criança seja feliz, não é? Uma criança sem limites desenvolve-se de uma forma... é como uma planta ao vento, puxando-a para ali, ninguém a ampara e ela frustra-se e não é feliz." [12G1]

6.2.1.2.4.4. <u>Família alargada</u>	Referência à família alargada como fator influenciador do desenvolvimento infantil	2/2	0/0	0/0	“A família alargada” [16G1]
6.2.1.2.4.5. <u>Família em geral</u>	Referência à família em geral como fator influenciador do desenvolvimento infantil	6/10	5/8	4/8	“Para mim, cada vez mais, tenho essa noção de que a influência da família é estruturante.” [6G1]
6.2.1.2.4.6. <u>Pais</u>	Referência aos pais como fator influenciador do desenvolvimento infantil	4/7	6/9	3/3	“Influencia... primeiro de tudo o modelo que eles têm, os seus pais.” [13G1]
6.2.1.2.5. <u>Instituições</u>	Referências às influências das instituições de acolhimento, sociais ou hospitalares sobre o desenvolvimento infantil				
6.2.1.2.5.1. <u>Escola</u>	Referência à escola como fator influenciador do desenvolvimento infantil	4/5	3/4	3/4	“A escola também é muito importante, a maior parte das crianças também passam muito tempo na escola, a interação que têm lá com as educadoras e com tudo isso...” [14G1]
6.2.1.2.5.2. <u>Instituições de saúde</u>	Referência ao internamento hospitalar/ cuidados durante o internamento hospitalar/ consultas de saúde/contactos com profissionais de saúde como influenciadores do desenvolvimento infantil	1/1	2/3	0/0	“Um bebé internado, um recém-nascido internado na neonatologia, quando os cuidados não são adequados, eu acho que tem influência a nível do desenvolvimento.” [7G2]
6.2.1.2.5.3. <u>Instituições em geral</u>	Referências às influências das instituições em geral sobre o desenvolvimento infantil	3/3	0/0	0/0	“No caso das crianças que estão nas instituições os cuidadores que estão com ela no dia-a-dia.” [3G1]
6.2.1.2.6. <u>Pares</u>	Referência aos pares como influenciadores do desenvolvimento infantil	0/0	2/2	2/2	“Os grupos de amigos em que se vai inserindo” [8G2]

6.2.2. Criança não influencia o seu desenvolvimento	Referências à criança como não influenciadora do seu desenvolvimento	0/0	1/1	0/0	“Eu penso que [a criança] não [influencia o seu desenvolvimento].” [10G2]
6.2.3. Da criança	Referência a fatores da própria criança que influenciam o seu desenvolvimento				
6.2.3.1. Fatores inespecíficos da criança	Referência a fatores da criança influenciadores do desenvolvimento infantil sem especificação	2/4	2/2	2/3	“O potencial que a criança deve ter também influencia o desenvolvimento” [4G3]
6.2.3.2. Outros	Referência a fatores/características da que influenciam o seu desenvolvimento				
6.2.3.2.1. <u>Adaptação</u>	Referência à capacidade de adaptação da criança como fator influenciador do seu desenvolvimento	1/1	0/0	0/0	“Mas a criança também tem uma coisa maravilhosa que é adapta-se, não é? Adapta-se, pronto” [12G1]
6.2.3.2.2. <u>“Apreende as coisas”</u>	Referência à forma como a criança apreende as coisas como fator influenciador do seu desenvolvimento	0/0	1/1	0/0	“Acho que é a forma como apreende as coisas à sua volta...” [10G2]
6.2.3.2.3. <u>Autonomia</u>	Referências à autonomia da criança	1/1	0/0	0/0	“Isto também tem a ver com o, a autonomia das crianças, as crianças também vão começando a ver o que é que devem fazer ou não, vão ganhando autonomia nesse sentido.” [15G1]
6.2.3.2.4. <u>Características físicas</u>	Referência às características físicas da criança como fator influenciador do seu desenvolvimento	0/0	1/2	0/0	“Há crianças que nem que queiram não conseguem fazer as coisas porque fisicamente não tem essa habilidade” [12G2]
6.2.3.2.5. <u>Curiosidade</u>	Referência ao ser curioso fator da criança que influencia o seu desenvolvimento	0/0	1/1	0/0	“Mais curioso, e que também ajuda no desenvolvimento” [2G2]

6.2.3.2.6. <u>Distração</u>	Referência à distração da criança como fator influenciador do seu desenvolvimento	0/0	1/1	0/0	“Existem crianças mais... Mais distraídas, pronto.” [10G2]
6.2.3.2.7. <u>Gerir emoções</u>	Referência à capacidade de gerir emoções da criança como fator influenciador do seu desenvolvimento	0/0	1/1	0/0	“Há crianças que se calhar conseguem gerir melhor as suas emoções e é diferente, e conseguem evoluir de outra forma, e desenvolver-se de outra forma.” [10G2]
6.2.3.2.8. <u>Hereditariedade</u>	Referência a fatores hereditários (genéticos) como influenciadores do desenvolvimento	5/8	3/5	3/5	“A componente genética revela-se hoje hm, muito significativa,” [2G1]
6.2.3.2.9. <u>“Inteligência”</u>	Referência à inteligência da criança como fator que influencia o desenvolvimento	1/2	0/0	0/0	“E a inteligência da própria criança está a mudar nos dias de hoje, não é?” [11G1]
6.2.3.2.10. <u>Maturação do SNC</u>	Maturação do sistema nervoso central (SNC) como fator influenciador do desenvolvimento da criança	2/2	0/0	0/0	“Com uma direção muito bem definida dada por uma força muito grande do sistema nervoso central, porque sem isso de facto não há desenvolvimento, não é?” [2G1]
6.2.3.2.11. <u>Nutrição</u>	Referência a fatores nutricionais como influenciadores do desenvolvimento infantil	0/0	1/1	0/0	“[fatores] Nutricionais” [4G2]
6.2.3.2.12. <u>“Problemas de saúde”</u>	Influência de problemas de saúde da criança sobre o desenvolvimento infantil	0/0	1/1	0/0	“Algum problema de saúde, eh... sim. Pode influenciar o desenvolvimento infantil, sim.” [10G2]
6.2.3.2.13. <u>“Resiliência”</u>	Referências do entrevistado à capacidade de resiliência da criança como fator influenciador do seu desenvolvimento	3/7	0/0	0/0	“Nós acreditamos que a criança tem uma capacidade de resiliência, quando as coisas acontecem, mais tarde...” [15G1]
6.2.3.2.14. <u>“Temperamento”</u>	Referência ao temperamento, personalidade como fatores	3/4	3/3	0/0	“Para além das características também muito próprias do temperamento de cada criança...” [6G1]

	biológicos que influenciam o desenvolvimento				
6.2.4. <u>Inespecíficas</u>	Referência a fatores influenciadores do desenvolvimento infantil de forma inespecificada	0/0	1/1	2/4	“Penso sempre no desenvolvimento infantil como sendo influenciado por muitas variáveis nem todas conseguimos medir, nem todas conseguimos encontrar” [6G2]
6.2.5. Influências mútuas entre a criança e os contextos	Referência às influências mútuas, transacionais, entre a criança e os contextos onde ela se insere				
6.2.5.1. <u>Criança e ambiente</u>	Referência às influências mútuas entre a criança e o ambiente	3/4	2/3	2/2	“A relação que tem com o ambiente, sem sombra de dúvida” [3G2]
6.2.5.2. <u>Criança e família</u>	Referência às influências mútuas entre a criança e a família	4/5	2/5	1/1	“Acho que tem imensa influência quer um, quer outro, tanto a criança como os pais influenciam-se mutuamente” [1G1]
6.2.5.3. <u>Educação</u>	Referência à influência da educação da família à criança	1/2	0/0	0/0	“Se calhar não educámos, temos sempre diferenças, mas também sabemos que eles têm características muito próprias” [12G1]
6.2.5.4. <u>Genética e meio</u>	Referência à influência mútua da genética e do meio (epigenética)	1/5	0/0	0/0	“É este diálogo entre gene e ambiente” [2G1]
6.2.5.5. <u>Relação com os pais</u>	Referência ao relacionamento entre pais e filhos como um fator influenciador do desenvolvimento infantil; referências aos aspetos da vinculação como influenciadores do desenvolvimento				
6.2.5.5.1. <u>Disponibilidade dos pais</u>	Referência à disponibilidade dos pais para os filhos como fator influenciador do desenvolvimento infantil	0/0	4/4	2/2	“Muito diálogo entre os pais, e também com a criança. O saber explicar, o saber ouvir... O saber estar, o saber explicar, eu acho que é muito importante. E ouvir a criança também.” [5G3]
6.2.5.5.2. <u>Gestão tempo familiar</u>	Referências do entrevistado à gestão do tempo em família na sociedade atual (“os pais não têm tempo, “estão atarefados”...)	3/5	2/2	1/1	“Eu acho que a falta de tempo dos pais para se dedicarem aos filhos...” [11G1]

6.2.5.5.3. <u>Relação com os pais em geral</u>	Referências/descrição sobre a relação entre pais e filhos em geral	11/20	5/10	3/3	“A interação com os pais, os pais, os pais é, é importante, logo é o primeiro ponto mais importante no desenvolvimento de uma criança” [9G2]
6.3. <u>Importância do período pré-natal</u>	Referências sobre a importância do período pré-natal para o desenvolvimento infantil	2/2	4/6	1/1	“Que nós falamos do bebê, mas, cada vez, não só a literatura reforça, mas tenho essa consciência que o desenvolvimento pré-natal é marcante.” [3G2]
7. RELAÇÃO PAIS-ENFERMEIRO	Referências à relação entre pais e enfermeiro				
7.1. <u>Características da relação pais-enfermeiro</u>	Referência/enumeração de características da relação entre pais e enfermeiro				
7.1.1. <u>Acompanhamento regular</u>	Referências ao acompanhamento regular como característica da relação pais enfermeiro	0/0	4/7	0/0	“que faça o seguimento daquela criança, acho que pode detetar... Detetar algum problema que esteja a condicionar o desenvolvimento...” [10G2]
7.1.2. <u>“Bidirecional”</u>	Descrição da relação entre pais e enfermeiro como bidirecional	0/0	0/0	1/1	“bidirecional, quer num sentido quer noutra” [3G3]
7.1.3. <u>“Capacitação”</u>	Referência/descrição da relação entre pais e enfermeiro como empoderamento dos pais nos cuidados ao filho	2/5	6/10	4/5	“depois a relação de capacitação. Eu acho que temos de saber mostrar aos pais que eles são capazes” [11G1]
7.1.4. <u>Comunicação</u>	Referências à comunicação, saber comunicar como característica da relação pais-enfermeiros	0/0	4/12	1/2	“portanto a comunicação acho que é uma base importante” [2G2]
7.1.5. <u>Confiança</u>	Referência/descrição da fiabilidade, segurança da relação entre pais e enfermeiro	7/18	6/9	7/16	“eu acho que é essencial os pais terem confiança em nós e nós também termos neles.” [10G1]
7.1.6. <u>Continuidade</u>	Referência/descrição da relação ininterrupta entre pais e enfermeiros; encontros periódicos entre pais e enfermeiros	3/3	0/0	0/0	“eu acho que esse início [teste do pezinho, primeiras consultas], o facto de terem começado comigo no início depois faz com que haja este elo de referência e alguma coisa que precisem voltam a me procurar.” [8G1]

7.1.7. <u>“Crescimento mútuo”</u>	Descrição da relação entre pais e enfermeiro como um crescimento mútuo	1/1	0/0	0/0	“são melhores pais e os profissionais são melhores profissionais e, portanto, é um caminho de crescimento mútuo, são um caminho de crescimento mútuo” [2G1]
7.1.8. <u>Empatia</u>	Referências à empatia como característica da relação entre pais e enfermeiro	4/5	7/18	4/6	“se é um enfermeiro que consegue cativar ou criar uma relação empática é uma ajuda fundamental.” [9G1]
7.1.9. <u>Envolvimento</u>	Referência ao envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho	3/5	1/1	5/6	“quanto mais nós promovermos essa abertura e esse envolvimento mais eles se vão envolver.” [3G1]
7.1.10. <u>“Escuta”</u>	Descrição da relação enfermeiro-pais como um "saber escutar", "disponibilidade para ouvir"	1/1	0/0	0/0	“de abertura àquilo que eles têm para dizer, de escuta” [15G1]
7.1.11. <u>“Estabelecer regras”</u>	Referências à importância de definir regras no início da relação para estabelecer objetivos, planos em comum	1/2	0/0	0/0	“de início, quando vamos trabalhar em conjunto, estabelecemos as regras” [6G1]
7.1.12. <u>Expectativas</u>	Referências às expectativas (dos profissionais e dos pais) sobre a relação; papel de cada um	0/0	0/0	1/1	“às vezes temos, transpomos demasiado essa nossa expectativa pessoal e profissional para aquilo que achamos que deve ser o que é a vivência a ser pais para os pais. E... A nossa expectativa pode às vezes ser, ou menos ou maior e acho que às vezes isso influencia em demasiado os nossos cuidados.” [4G3]
7.1.13. <u>Influência</u>	Descrição da influência do comportamento/atitude do enfermeiro sobre os pais nos seus contactos directos	3/3	2/2	0/0	“ganha o profissional a troca e ganham os pais pela troca, pela recomendação, pelo conselho, claro que sim! Portanto, isto é, é de facto um caminho de interação” [2G1]
7.1.14. <u>“Mente aberta”</u>	Caracterização da relação entre enfermeiro e pais como uma relação de "mente aberta"	2/2	0/0	0/0	“eu gosto de manter uma relação de mente aberta” [10G1]

7.1.15. <u>Parceria</u>	Descrição da relação entre enfermeiro e pais como uma relação de parceria	9/11	2/3	3/6	“às vezes conseguimos contruir com a família realmente um trabalho de parceria, realmente somos parceiros no cuidar daquela criança” [11G1]
7.1.16. <u>Partilha</u>	Descrição da relação entre pais e enfermeiro como de partilha	0/0	0/0	1/2	“uma relação de... ao nível da tomada de decisão que seja partilhada” [3G3]
7.1.17. <u>“Privacidade”</u>	Referências à privacidade como característica da relação entre pais e enfermeiro	1/1	0/0	0/0	“da privacidade...” [8G1]
7.1.18. <u>Relação de “abertura”</u>	Referência à relação de abertura (pais e enfermeiro “estão abertos a”) como característica da relação pais-enfermeiro	0/0	0/0	1/1	“alguma abertura para se conseguir... Para transmitir os conhecimentos. E nós temos que [...] os deixar chegar a nós, porque às vezes pomos aquela barreira” [9G3]
7.1.19. <u>Relação de “ajuda”</u>	Referências aos pedidos de ajuda dos pais aos enfermeiros como característica da relação pais enfermeiro	0/0	7/14	1/3	“ajudá-los a conhecer, o seu filho... Naturalmente ajudá-los naquilo que são as suas dificuldades.” [4G2]
7.1.20. <u>“Relação de amigo”</u>	Descrição da relação entre pais e enfermeiros como uma relação de "amigo"	2/2	0/0	2/2	“e uma relação de amigo em que podem contar comigo para o que der e vier.” [10G1]
7.1.21. <u>Relação importante</u>	Descrição da relação entre pais e enfermeiro como sendo importante	0/0	1/1	1/2	“é fundamental para qualquer que seja o trabalho a desenvolver” [8G2]
7.1.22. <u>Relação “positiva”</u>	Descrição da relação entre pais e enfermeiro como positiva	0/0	1/1	0/0	“essa relação de confiança de empatia que nós criamos com os pais é positiva e é boa para eles como é para nós também.” [13G2]
7.1.23. <u>“Relação profissional”</u>	Referências à relação entre pais e enfermeiros como relação profissional	0/0	0/0	1/1	“uma relação profissional” [3G3]
7.1.24. <u>“Relação terapêutica”</u>	Referências à relação entre pais e enfermeiros como relação terapêutica	0/0	2/2	0/0	“acho que deve ser uma relação... Terapêutica.” [11G2]

7.1.25. <u>Respeito</u>	Referência/descrição da consideração e apreço entre pais e enfermeiro no seu relacionamento	6/10	4/5	3/5	“primeiro do que tudo, eu acho que tem que haver um respeito muito grande, mútuo como é óbvio” [13G1]
7.1.26. <u>Segurança</u>	Referências à importância de os enfermeiros promoverem a segurança dos pais no seu relacionamento com eles	0/0	1/1	1/2	“que eles se sintam seguros connosco a prestar cuidados ao seu filho.” [11G2]
7.1.27. <u>Sem julgar</u>	Referências ao não julgar como característica de relação entre os pais e o enfermeiro	2/4	0/0	0/0	“nós atendermos aquela pessoa sem ser com ideia pré-concebida do que é que aquela pessoa é [...] pronto, isto acho que é fundamental, a ausência de juízo de valor.” [9G1]
7.1.28. <u>Sentimento de culpa</u>	Descrição de aspetos da relação pais-enfermeiro que podem causar sentimento de culpa nos pais ou enfermeiro causados pela atuação do outro elemento da relação	0/0	1/4	0/0	“nós somos senhores doutores, sabemos muito e as pessoas têm muito receio de expor aquilo que não sabem tão bem.” [3G2]
7.1.29. <u>Sinceridade</u>	Referência à sinceridade, honestidade, dizer a verdade no relacionamento entre pais e enfermeiro	3/5	0/0	0/0	“por isso é preciso falarmos muito francamente com as famílias e penso, a ideia que eu tenho, se partirmos dessa base nós ganhamos as pessoas.” [6G1]
7.1.30. <u>Transmissão de conhecimento</u>	Referências às transmissões de conhecimento, ensinamentos, esclarecimento de dúvidas como característica da relação entre pais e enfermeiros	4/9	9/20	3/8	“acho que são muito importantes para os pais, a transmissão das nossas, do nosso conhecimento,” [11G1]
7.2. <u>Descrição da própria relação</u>	Descrição do seu exercício profissional na relação estabelecida com os pais				
7.2.1. <u>“Acolhimento”</u>	Referências ao acolhimento como característica da relação entre o entrevistado e os pais	0/0	0/0	1/1	“o acolhimento é a chave para se iniciar esta parceria, e esta relação de confiança.” [2G3]

7.2.2. <u>“Adaptar a minha linguagem”</u>	Referências ao adaptar a linguagem do enfermeiro como característica da relação entre o entrevistado e os pais	0/0	3/4	1/1	“também temos que adaptar a nossa linguagem, temos que adaptar... Aquilo que dizemos à pessoa” [10G2]
7.2.3. <u>Assertividade</u>	Referências do entrevistado à sua assertividade no relacionamento com os pais	0/0	1/1	1/1	“ser assertiva” [9G2]
7.2.4. <u>Avaliação</u>	Descrição da relação entre o entrevistado e os pais como oportunidade de os pais avaliarem o desempenho do enfermeiro	1/3	0/0	0/0	“mas os pais são os interlocutores desses bebês e são quem me consegue avaliar no meu dia-a-dia, sem dúvida, e fazerem, dizerem quer coisas positivas quer coisas negativas de modo a que eu possa melhorar, sim.” [3G1]
7.2.5. <u>“Equipa”</u>	Descrição do entrevistado da sua relação com os pais como sendo de equipa	0/0	0/0	1/1	“nós somos uma equipa, com os pais.” [6G3]
7.2.6. <u>Estabelecer confiança</u>	Descrição do entrevistado da sua relação com os pais como estabelecer confiança	6/9	0/0	6/10	“primeiro de tudo eu sentia a intenção de criar confiança, o cartão-de-visita era esse.” [1G1]
7.2.7. <u>Papéis flexíveis</u>	Referências à flexibilidade do papel do enfermeiro relação entre o entrevistado e os pais	3/3	0/0	0/0	“para eles poderem contar connosco e saberem que nós estamos ali para os tentar ajudar e não é aquela coisa do “ah! Eu sou a senhora enfermeira!” [10G1]
7.2.8. <u>“Ganhos em saúde”</u>	Descrição da relação do entrevistado com os pais como geradora de/contribui para ganhos em saúde	0/0	1/1	0/0	“consigo que realmente se obter através disso tenho ganhos, alguns ganhos em saúde” [5G2]
7.2.9. <u>Imposição</u>	Referências do entrevistado às imposições no seu relacionamento com os pais (imposição de horários nos cuidados, de tipo de cuidados); relação prescritiva	0/0	0/0	1/3	“é um bocadinho imposto. Nós 'tamos ali, temos as nossas rotinas e impomos as nossas rotinas à... Aos pais, e, portanto, se calhar não é a forma mais correta de os adaptar e de os preparar a... Para... Para cuidar daquele recém-nascido.” [9G3]

7.2.10. <u>Negociação</u>	Referências à negociação de cuidados com os pais na relação do entrevistado com os pais	0/0	0/0	1/1	“eles vão dizendo aquilo que querem ver ou que querem começar a fazer e... E vamos negociando esta parte” [7G3]
7.2.11. <u>Pais não são fonte de conhecimento</u>	Referências aos pais como não sendo fontes de conhecimento sobre o recém-nascido para o entrevistado	0/0	1/1	3/5	“confesso que não muito. Se forem então pais de primeiro, primeiro bebê... Se calhar não lhes peço muita opinião” [4G3]
7.2.12. <u>“Permuta”</u>	Descrição da relação entre o entrevistado e os pais como uma permuta	0/0	0/0	1/2	“porque somos nós que estamos ali... Eles sentem muito essa presença e essa... Essa quase permuta.” [8G3]
7.2.13. <u>“Pôr-me no lugar do outro”</u>	Referências ao saber pôr-se no lugar dos pais como a sua prática	0/0	3/6	0/0	“acho que se a gente se puser um bocado no lugar de, de quem está -não é- do outro lado, se calhar nós vemos as coisas logo de outra forma.” [6G2]
7.2.14. <u>Promover autonomia dos pais</u>	Referências à promoção da autonomia dos pais como característica da relação entre o entrevistado e os pais	0/0	1/2	3/4	“numa perspetiva de aprendizagem, e sempre eh... Colocá-los o mais aptos e o mais independentes possível.” [6G3]
7.2.15. <u>Reforço positivo</u>	Descrição/enumeração do reforço positivo aplicado na prática profissional do entrevistado	2/3	0/0	0/0	“vendo as coisas que faziam com a criança e dando esse feedback, que eles estavam a ser competentes” [1G1]
7.2.16. <u>Ser disponível</u>	Referências à disponibilidade do entrevistado para estabelecer relação com os pais	1/1	3/4	2/3	“estar disponível também para discutir os assuntos com os pais, estar disponível para sempre que os pais necessitem” [15G1]
7.2.17. <u>“Sistema”</u>	Descrição da relação entre o entrevistado e os pais como um sistema	0/0	0/0	1/1	“e eu tento entrar assim, como um sistema, na vida daquele bebé e daquela sua família” [8G3]
7.2.18. <u>“Tenho dificuldade”</u>	Referências do entrevistado às suas dificuldades no relacionamento com os pais	0/0	0/0	1/5	“portanto às vezes se calhar não sou a melhor pessoa para falar sobre isso, porque às vezes ainda tenho alguma dificuldade em lidar com eles” [9G3]

7.2.19. <u>“Tranquilizar”</u>	Descrição da relação do entrevistado com os pais como tranquilizar os pais	0/0	0/0	1/2	“se eu não falar para eles, se eu não lhes explicar [...] isso não lhes vai [...] não lhes vai confortar, não lhes vai levar nada para casa de tranquilidade nem de conforto.” [1G3]
7.2.20. <u>Vivências dos pais</u>	Descrição da importância/valor atribuído às vivências dos pais enquanto profissional/ no relacionamento profissional com os pais	7/15	10/12	3/5	“depois quando eu comecei a tentar despir-me daquilo tudo e vi quais são as dificuldades, como é o dia-a-dia deles, o que é que no dia-a-dia eles tinham dificuldades em lidar, mas vendo também o que eles estavam a fazer com aquele bebé” [1G1]
7.3. <u>Perceção do reconhecimento profissional pelos pais</u>	Referências do entrevistado à forma como vivencia/sente o reconhecimento do papel do enfermeiro pelos pais				
7.3.1. <u>Necessidade de ser valorizado</u>	Referência à necessidade sentida pelo profissional de receber elogios, reconhecimento	2/2	3/5	2/3	“é realmente esses agradecimentos que nós vemos nos olhares, nos sorrisos, no procurar-nos em coisas agendadas ou fora delas, não é? Para os ajudar nisto ou naquilo que nós percebemos que é muito importante e para as famílias o nosso trabalho e é por isso que eu acho que a gente ainda vai andando por aqui (risos), porque é mesmo isso que nós levamos para casa” [12G1]
7.3.2. <u>Ambivalente</u>	Perceção ambivalente (oposta) do entrevistado relativamente ao reconhecimento do papel do enfermeiro pelos pais	8/10	3/5	1/1	“isto é assim: tem alturas que eu acho que sim e tem outras que eu acho que não! [risos]” [9G1]
7.3.3. <u>Negativo</u>	Referência a aspetos negativos que o entrevistado reconhece que os pais identificam no profissional				
7.3.3.1. <u>Atitude negativa</u>	Descrição do reconhecimento negativo do papel do enfermeiro pelos pais devido à atitude do profissional	1/2	0/0	0/0	“se ele dá uma resposta, dependendo da atitude, há enfermeiros que os pais não valorizam.” [15G1]

7.3.3.2. <u>Discriminação</u>	Referências a relatos de discriminação dos pais pelos enfermeiros	1/1	1/1	0/0	“as primeiras coisas que os pais me disseram foi que os enfermeiros daquele serviço não tratavam as pessoas por igual e que se sentiam discriminados.” [1G1]
7.3.3.3. <u>Indisponibilidade</u>	Referência à falta de disponibilidade do enfermeiro como consequência da não-valorização do seu papel pelos pais	1/1	0/0	0/0	“e em que o enfermeiro está pouco disponível e vai pouco ter com a família, aí os pais nem sequer se apercebem muitas vezes da falta que é, ou da necessidade de ter o enfermeiro, portanto aí valorizam pouco o papel do enfermeiro.” [3G1]
7.3.3.4. <u>Atuação insuficiente</u>	Descrição do reconhecimento negativo do papel do enfermeiro pelos pais por este ser insuficiente, se limitar ao mínimo exigido	1/1	0/0	0/0	“fazem [os enfermeiros] o mínimo indispensável que é o que está marcado,” [3G1]
7.3.3.5. <u>Representação social negativa</u>	Referências à representação social negativa como uma valorização negativa do enfermeiro por parte dos pais	0/0	1/1	0/0	“uns pais que nunca tenham estado num hospital, acho que não... Eu acho que os pais acham que o enfermeiro é para dar vacinas, e... Pesar.” [7G2]
7.3.3.6. <u>Valorização de outro profissional</u>	Referências à noção de maior valorização de outro profissional comparativamente ao enfermeiro	1/1	0/0	1/1	“o médico diz exatamente a mesma coisa do que nós. Na consulta seguinte, o que ela nos transmite é que “o médico disse isto, e isto e isto e de facto resultou!”, por exemplo.” [9G1]
7.3.4. Positivo	Referência a aspetos positivos que o entrevistado reconhece que os pais identificam no profissional (próprio/ em geral)				
7.3.4.1. <u>“Adesão”</u>	Referência à adesão ao processo terapêutico, aos cuidados como um aspeto de reconhecimento positivo do papel do enfermeiro	4/6	1/3	0/0	“eu acho que sim. Quer dizer, se calhar pela adesão, em momentos críticos se calhar...” [6G1]
7.3.4.2. <u>Aspetos relacionais</u>	Referências à perceção do entrevistado quanto à valorização positiva dos pais relativamente ao	9/13	7/11	4/7	“aqueles com que me envolvo mais sim, eu sinto que o nosso trabalho é reconhecido.” [11G1]

	tipo de relação e comunicação que o enfermeiro utiliza				
7.3.4.3. <u>Conhecimentos transmitidos</u>	Referências à percepção do entrevistado quanto ao valor/importância atribuído pelos pais aos conhecimento transmitido pelo enfermeiro	5/5	3/4	5/8	“as pessoas também estão precisando de conhecimento eu acho que eles valorizam o nosso papel, quando realmente precisam valorizam o nosso papel...” [14G1]
7.3.4.4. <u>“Esforço para cuidar melhor”</u>	Referências à percepção do entrevistado quanto ao noção dos pais sobre a preocupação dos enfermeiros em prestar cuidados nos momentos de sobrecarga de trabalho	1/1	0/0	0/0	“e eles vêm o esforço que nós temos nalguns dos turnos em proporcionar o atendimento e o cuidar o melhor possível para eles e direcionar principalmente à família ou adequarmos as nossas condutas à família.” [11G1]
7.3.4.5. <u>“Especificidade”</u>	Referências à percepção do entrevistado quanto à noção dos pais sobre a especificidade do trabalho dos enfermeiros	1/1	1/1	0/0	“pela especificidade que temos em tratar crianças tão pequenas,” [11G1]
7.3.4.6. <u>Inespecífico</u>	Referências em geral à valorização, reconhecimento positivo do papel do enfermeiro pelo pais	12/20	7/12	7/10	“eu senti que os pais valorizam muito o enfermeiro, nomeadamente, o enfermeiro de saúde infantil.” [15G1]
7.3.4.7. <u>Reconhecimento do trabalho</u>	Referências à percepção do entrevistado quanto ao reconhecimento dos pais sobre o tipo de trabalho dos enfermeiros; os pais valorizam aquilo que os enfermeiros fazem	0/0	0/0	2/4	“somos nós que aplicamos a prática, e que cuidamos do bebê. E, portanto, acho que... Exatamente por verem em nós um elo que resolve muitas coisas, para além da enfermagem” [7G3]
7.3.4.8. <u>Representação social positiva</u>	Referências à representação social positiva como uma valorização	0/0	1/1	2/2	“no hospital, valorizam o enfermeiro, não digo o contrário. Mas eh... É mais um. No centro de saúde, em específico, num meio assim mais rural eh... O

	positiva do enfermeiro por parte dos pais				enfermeiro ganha nome, e mais do que nome. Ganha uma importância extrema" [8G2]
7.3.4.9. <u>Satisfação</u>	Referências à percepção do entrevistado quanto ao contentamento dos pais com a postura e tipo de relacionamento do/com o enfermeiro; visitas dos pais após a alta; agradecimentos	5/14	6/11	7/12	"eu aqui venho e saio daqui bem-disposta (dizia-me uma mãe), saio confiante que estou a fazer bem, aquilo que eu tinha dúvidas já sei como vou fazer quando chegar a casa" [1G1]
7.4. <u>Valorização dos pais e suas vivências</u>	Descrição do valor/ importância atribuída aos pais e sua vivências enquanto pais				
7.4.1. <u>Conhecimentos dos pais</u>	Referência à valorização dos conhecimentos dos pais sobre o filho para a prática de enfermagem	8/13	7/15	8/13	"sim, sim. São, para mim são a maior fonte de conhecimento, porque eles realmente é que o conhecem!" [12G1]
7.4.2. <u>Conhecimentos prévios</u>	Referências do entrevistado aos conhecimentos prévios dos pais ("leu na net", "viu na TV", "alguém lhe disse")	2/2	3/4	0/0	"sim, porque hoje em dia, também, temos um utente cada vez mais informado, bem ou mal." [12G1]
7.4.3. <u>Decisão dos pais</u>	Referências à tomada de decisão dos pais	1/1	0/0	1/4	"ser a própria mãe a dizer "eu agora não necessito, estou bem." Ser a própria mãe a dar-se alta a ela própria ou então a dizer "eu por acaso hoje não tenho dúvidas, vou para a próxima" [4G1]
7.4.4. <u>Preocupação dos pais com temáticas não tradicionais</u>	Referência às preocupações dos pais com temáticas menos tradicionais da saúde dos filhos; valorização da importância atribuída pelos pais a temas menos tradicionais do desenvolvimento infantil	0/0	0/0	1/1	"porque quando a família depois confia em nós e começa a falar um bocadinho das dificuldades que tem quando estamos a trabalhar as questões das crianças vêm as vivências dos pais, as suas graves dificuldades e isso transporta-se para as relações com os filhos" [6G1]
7.4.5. <u>Relação pais e filho</u>	Descrição do valor/ importância atribuída à relação entre os pais e	2/2	1/1	0/0	"há padrões que se calhar se, ou rituais, ou costumes que os miúdos têm em casa, e que os pais estão

	o filho e o que sustentam esses laços afetivos; "focalize na relação pais-criança"				habituaados a isso, será importantes nós conhecermos" [9G2]
7.4.6. "Sucesso dos pais"	Referências aos sucessos dos pais no exercício do seu papel parental; "todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento"	5/6	3/4	0/0	"o enfermeiro tem que valorizar muito os sucessos, tem que valorizar muito ah... aquilo que a família vai conseguindo, os progressos que a família vai fazendo e tem que respeitar sempre muito isso," [15G1]
7.4.7. "Tentativa erro"	Referências ao exercício da parentalidade como um processo de tentativa-erro	0/0	1/2	0/0	"reconhecer que eles podem falhar, que têm o direito a falhar, reconhecer que vão falhar e vão acertar, e vão se calhar alternar nesta dinâmica entre falhar e acertar." [4G2]
7.4.8. Vivências enquanto pais	Referência à importância/valor atribuído às vivências/experiências dos pais no exercício da parentalidade	8/17	9/20	7/13	"tudo o que os pais dizem é importante. Seja a experiência com o filho agora, este bebé ou para trás." [8G1]
8. ENFERMEIRO	Descrições/perspetivas do entrevistado sobre o enfermeiro e o "eu" enfermeiro				
8.1. Características pessoais do enfermeiro	Referência à enumeração de características pessoais do entrevistado ("eu" enfermeiro)				
8.1.1. Curiosidade	Descrição do entrevistado de si próprio como curioso	0/0	0/0	1/1	"eh... Ó, primeiro eu sou uma curiosa" [6G3]
8.1.2. Estudioso	Descrição do entrevistado de si próprio como estudioso	0/0	1/1	1/1	"depois, gosto muito de estudar" [6G3]
8.1.3. Inespecíficas	Referência a características pessoais não especificadas como influência sobre si enquanto enfermeiro	2/3	1/2	1/2	"já fazia parte da minha maneira de estar como enfermeira" [1G1]
8.1.4. Intolerante	Referência à intolerância como característica pessoal do enfermeiro	0/0	1/2	0/0	"mas eu penso não posso ser tão, não posso ser intolerante porque as pessoas são diferentes, as estruturas de personalidade são diferentes" [6G2]

8.1.5. <u>Otimista</u>	O entrevistado identifica-se como uma pessoa otimista	1/1	1/4	0/0	“nossa formação enquanto indivíduos que é a perspetiva otimista em relação à vida,” [1G1]
8.1.6. <u>Perfeccionista</u>	O entrevistado identifica-se como uma pessoa perfeccionista	1/1	0/0	0/0	“sou um bocado perfeccionista e eu sempre fui muito dedicada a saúde infantil” [1G1]
8.1.7. <u>Possessivo</u>	Descrição do entrevistado de si próprio como possessivo	0/0	0/0	1/3	“ser possessiva, porque eu sou, um bocadinho.” [6G3]
8.2. <i>Características profissionais do enfermeiro</i>	Enumeração das características profissionais que o entrevistado considera que o enfermeiro deve ter e/ou identifica no seu desempenho profissional				
8.2.1. Dimensão pessoal	Enumeração de características referentes às dimensões pessoais do enfermeiro				
8.2.1.1. <u>Autocuidado</u>	Referências à preocupação com a imagem física, ao seu autocuidado como característica profissional do enfermeiro	0/0	1/1	0/0	“falo também do aspeto pessoal porque acho que isso ajuda, porque um enfermeiro que não se auto cuide, como é que vai cuidar dos outros não é, faz-me uma certa confusão” [2G2]
8.2.1.2. <u>Bom senso</u>	Referência à capacidade de o enfermeiro fazer boas escolhas/tomar decisões adequadas baseadas no seu julgamento/sabedoria	2/3	0/0	0/0	“o bom senso também nos ajuda muito nessas questões...” [1G1]
8.2.1.3. <u>Compreensivo</u>	Referências ao ser compreensivo como característica do enfermeiro	0/0	0/0	1/1	“eh... Compreensivo” [6G3]
8.2.1.4. <u>Honestidade</u>	Referência à qualidade de profissional sério e sincero	2/2	1/1	0/0	“e sermos, essencialmente, honestos, até para com nós próprios e para com os pais e para com a família” [7G1]
8.2.1.5. <u>Humildade</u>	Referência à capacidade do enfermeiro em admitir as suas limitações	3/4	0/0	0/0	“o facto de ter alguma humildade naquilo que se diz e naquilo que se faz” [7G1]
8.2.1.6. <u>Pontualidade</u>	Referências à pontualidade (nos cuidados) como característica do enfermeiro	0/0	0/0	1/1	“não é só a pontualidade do chegar a horas, é a pontualidade dos cuidados. Eu acho que, faz muita diferença e às vezes nós descuramos um bocadinho,

					não fazemos agora, fazemos mais daqui a pouco” [9G3]
8.2.1.7. <u>Ser humano</u>	Referências ao ser-se humano como característica profissional do enfermeiro	0/0	1/2	0/0	“humana” [12G2]
8.2.1.8. <u>Ser seguro</u>	Descrição do enfermeiro como sendo seguro, ter segurança	0/0	0/0	1/2	“segurança,” [5G3]
8.2.1.9. <u>Simpatia</u>	Referência à amabilidade do enfermeiro	1/1	1/1	1/1	“afectuosidade,” [1G1]
8.2.2. Dimensão relacional	Enumeração de características associadas à dimensão relacional (“alimentadoras da relação”)				
8.2.2.1. <u>Abertura</u>	Referências à abertura como característica dos enfermeiros	0/0	0/0	1/1	“um bocadinho de abertura também” [9G3]
8.2.2.2. <u>Acessibilidade</u>	Referência à acessibilidade ao enfermeiro do ponto de vista prático, de recursos materiais (do que ele dispõe para estar acessível)	5/9	3/4	0/0	“digo sempre onde é que eu estou e como é que me devem procurar” [10G1]
8.2.2.3. <u>Atenção</u>	Referência à atenção dada ao outro pelo enfermeiro	1/1	0/0	1/1	“a atenção” [1G1]
8.2.2.4. <u>Competências relacionais</u>	Referências às competências relacionais como características do enfermeiro	0/0	2/4	1/1	“eu penso que as competências relacionais aqui são mais importantes porque estamos a lidar numa fase delicada da vida das pessoas” [5G2]
8.2.2.5. <u>Disponibilidade</u>	Referência à capacidade do enfermeiro de abertura perante o outro, estar disponível para o outro	6/9	5/5	2/3	“a própria disponibilidade do enfermeiro e essa relação que se cria mesmo na altura da gravidez são meio caminho andado para que aqueles pais se sintam melhores como pais quando tiverem dificuldades;” [1G1]
8.2.2.6. <u>Empático</u>	Referência à capacidade do enfermeiro se colocar no lugar do outro, ser empático	3/5	0/0	0/0	“nós pegamos nas palavras deles e tentamos pôr-nos muitas vezes no lugar deles” [1G1]

8.2.2.7. <u>Linguagem não-verbal</u>	Referência à linguagem não-verbal como estratégia de comunicação do enfermeiro	1/1	0/0	0/0	“a linguagem não-verbal,” [1G1]
8.2.2.8. <u>Proximidade</u>	Referência à proximidade do enfermeiros das pessoas ("estar próximo", "estar perto")	1/2	2/3	1/2	“nós temos competências muito importantes, que devemos estar próximo da população, e das mães neste caso e dos pais, para realmente dar-lhe o apoio que é necessário.” [4G1]
8.2.2.9. <u>Saber comunicar</u>	Descrição do saber comunicar como característica profissional do enfermeiro	0/0	2/6	0/0	“a aplicação das técnicas de comunicação” [6G2]
8.2.2.10. <u>Saber ouvir</u>	Referências à capacidade de escutar o outro, valorizar o que o outro tem para dizer e entendê-lo; escuta ativa	4/9	2/4	1/2	“com momentos de silêncio, para conseguir refletir e ouvir aquilo que os pais têm para dizer...” [7G1]
8.2.2.11. <u>Sensível</u>	Descrição do enfermeiro como sensível	1/2	0/0	0/0	“o enfermeiro tem de ser sensível.” [4G1]
8.2.3. Outras	Enumeração de dimensões relacionadas com o agir profissional				
8.2.3.1. <u>Credibilidade</u>	Referência ao enfermeiro enquanto pessoa credível, que conquista a confiança do outro	1/1	0/0	0/0	“nós também sermos mais credíveis na informação que transmitimos aos pais” [1G1]
8.2.3.2. <u>Definidas pela Ordem</u>	Referências às características/competências definidas no perfil do enfermeiro pela ordem dos enfermeiros	0/0	1/1	0/0	“e sem dúvida que todas aquelas que estão descritas no perfil de competências, não é, do enfermeiro - no caso do enfermeiro de cuidados gerais e depois especificamente no enfermeiro de cuidados de saúde infantil - são importantes.” [5G2]
8.2.3.3. <u>Detetar problemas</u>	Referências às características do enfermeiro como detetar problemas/ resolver problemas	0/0	4/4	1/1	“identifica os problemas, identifica problemas ou situações que ainda não são problemas, que podem vir a ser,” [2G2]

8.2.3.4. <u>Envolver-se</u>	Referências às características do enfermeiro como envolver-se nos cuidados que presta, gostar se estar envolvido	0/0	0/0	1/2	“que... Seja uma pessoa que executa bem as tarefas, mas que as faz com gosto. Que as faz com... Com vontade de se envolver, de se envolver.” [4G3]
8.2.3.5. <u>Estabelecer prioridades</u>	Referências às características do enfermeiro como estabelecer prioridades	0/0	0/0	2/3	“pensa que prioridades é que seriam para aquele do... Para aquele bebé, não interessa, o que é que é o mais importante.” [8G3]
8.2.3.6. <u>Ética e moral</u>	Referências à formação ética e moral do enfermeiro	1/1	0/0	1/1	“é hmm ter um solida formação ética e moral” [2G1]
8.2.3.7. <u>Não fazer juízos de valor</u>	Referências ao não fazer juízos de valor/ não julgar como característica profissional do enfermeiro	2/2	0/0	1/1	“procurar não fazer juízos de valor,” [15G1]
8.2.3.8. <u>Não prescrever</u>	Descrição do enfermeiro como não prescritos, sem "soluções" pré-definidas e estantes para fornecer; referências espontâneas do discurso não associadas diretamente à formação Touchpoints, embora incluídas no seus princípios	5/6	1/4	0/0	“não dar receitas, nós nunca damos receitas,” [14G1]
8.2.3.9. <u>Proatividade</u>	Descrição do enfermeiro como proativo	1/1	0/0	0/0	“e ser proactivos naquilo que estamos a fazer.” [12G1]
8.2.3.10. <u>Profissionalismo</u>	Referências ao profissionalismo como característica do enfermeiro	0/0	0/0	1/1	“é o profissionalismo, não é? Eles perceberem que nós somos capazes de dar resposta à necessidade que, que eles têm e que o bebé tem.” [7G3]
8.2.3.11. <u>Recetivo à mudança</u>	Referências ao ser/estar recetivo/aberto à mudança como característica profissional do enfermeiro	1/5	0/0	0/0	“estar aberto sim à mudança e às novas e a tudo aquilo que possa surgir de novo...” [15G1]

8.2.3.12. <u>Reconhecer a falha</u>	Referências ao reconhecimento quando se erra, quando não se sabe fazer algo, quando não se tem conhecimento suficiente sobre um assunto	1/2	0/0	0/0	“eu acho que saber reconhecer quando erramos” [11G1]
8.2.3.13. <u>Responsabilidade</u>	Referências à responsabilidade, ser responsável como característica profissional do enfermeiro	1/1	2/4	1/1	“portanto, sem dúvida a responsabilidade,” [14G1]
8.2.3.14. <u>Saber estar</u>	Referências ao saber estar como característica profissional do enfermeiro	1/1	3/4	0/0	“saber estar” [9G1]
8.2.3.15. <u>Saber fazer</u>	Referências ao saber fazer como característica profissional do enfermeiro	1/1	0/0	0/0	“saber o que estamos a fazer” [11G1]
8.2.3.16. <u>Saber teórico</u>	Referência aos conhecimentos teóricos que o enfermeiro detém	5/8	6/14	4/4	“ter fundamentação naquilo que se diz, quando se fala ter por trás, pode-se até dizer de uma forma simples, mas ter por trás algum conhecimento de causa.” [8G1]
8.2.3.17. <u>Ser inclusivo</u>	Referências ao ser inclusivo como característica profissional do enfermeiro	1/1	0/0	0/0	“procurar ser inclusivo,” [15G1]
8.2.3.18. <u>Valorizar a paixão</u>	Referência à importância/valorização da paixão dos pais pelos filhos; referências espontâneas do discurso não associadas diretamente à formação Touchpoints, embora incluídas no seus princípios	2/2	1/5	0/0	“fazer despertar a paixão que aqueles pais vão ter por aquele bebé,” [1G1]

8.2.3.19. <u>Valorizar o outro</u>	Referência à capacidade de valorizar, reconhecer as capacidades do outro; reforço positivo	6/11	6/10	5/7	“valorizando também a parte cultural da família, valorizando as experiências do próprio;” [7G1]
8.3. <i>Descrição das próprias práticas</i>	Referências e/ou relatos do desempenho profissional/eventos no contexto profissional do entrevistado.				
8.3.1. <u>Adequar</u>	Referências à adequação dos cuidados prestados às necessidades/contexto da família/criança	4/7	2/3	1/1	“adequar a nossa postura perante a família que nós temos à frente,” [11G1]
8.3.2. <u>Aproveitar as situações</u>	Referências a aproveitar as situações como prática do enfermeiro	0/0	2/3	0/0	“no fundo é... É mostrar, em... É aproveitar situações que acontecem para tentar... Mostrar-lhes.” [10G2]
8.3.3. <u>Dar exemplos práticos</u>	Referências a dar exemplos práticos como prática do enfermeiro	0/0	3/5	0/0	“mostrar-lhes hum... Não sei... Mostrar-lhes, dar-lhes exemplos práticos e depois quando há... Quando surge alguma situação” [10G2]
8.3.4. <u>Dificuldades</u>	Referências às dificuldades sentidas no exercício da profissão	1/1	2/9	2/3	“apesar de nós às vezes... eu sinto que tenho um bocadinho de dificuldade nalgumas situações em fazer isso...” [3G1]
8.3.5. <u>Disponibilidade e interesse em relação aos pais</u>	Referências à disponibilidade e interesse em relação aos pais enquanto enfermeiro	14/42	10/40	6/15	“mostrar interesse por eles... e que eles são importantes para nós!” [1G1]
8.3.6. <u>Educação para a saúde</u>	Referência à educação para a saúde como prática	0/0	4/4	4/6	“o enfermeiro forma os pais e transmite aos pais, às vezes, eh ideias e estratégias que- que vão, no futuro e depois em casa, ser fundamentais nesse desenvolvimento.” [1G3]
8.3.7. <u>Envolver os pais</u>	Referências à importância de o enfermeiro envolver os pais, demonstrando interesse para com os pais e vontade de os ajudar	3/4	0/0	0/0	“é mesmo pais que estejam um bocadinho renitentes nalgumas situações tentar envolvê-los” [3G1]

8.3.8. <u>Escutar</u>	Referência à capacidade do enfermeiro de escutar	0/0	0/0	3/6	“o papel que eles queriam em mim, não era que resolvesse o problema, simplesmente que a ouvisse, que a escutasse...” [5G3]
8.3.9. <u>Eu informo</u>	Descrição das práticas do entrevistado como informar os pais	0/0	2/4	2/2	“a peça fulcral que tu és aos pais de os informar de os tranquilizar, de lhes explicar, de lhes desmistificar, que é mesmo assim, o que é que se passa com o filho deles.” [1G3]
8.3.10. <u>Foco na família</u>	Descrição do entrevistado do seu foco de atenção centrado na família no seu exercício profissional	0/0	2/4	6/7	“tento perceber a dinâmica da família, como é que vai ser em casa e tento direcionar para essas questões.” [3G3]
8.3.11. <u>Gerir o trabalho</u>	Referências à gestão das prioridades, gestão de tempo, executar funções no turno	1/1	0/0	0/0	“saber gerir o nosso trabalho” [11G1]
8.3.12. <u>Instrumentos utilizados</u>	Referências do entrevistado aos instrumentos de medida, de avaliação utilizados na sua prática	3/5	2/3	0/0	“nós fazemos o teste de Growing Skills que nós aplicamos a todas as crianças e nós as especialistas aplicamos em todas as idades.” [10G1]
8.3.13. <u>Ir para além do papel tradicional</u>	Referência a situações em que discutiu outros assuntos fora da sua área de especialização; “esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional”	8/12	7/14	5/9	“especialmente nós aqui que fazemos consultas de enfermagem, não é? Em que temos objetivos, não é, dessas consultas, mas depois aparece um bocadinho de tudo, não é? Da vida das pessoas. Hum, funcionamos como confidentes, funcionamos como, não é?... [12G1]
8.3.14. <u>Mudança de atitude</u>	Descrição de mudança de atitude, comportamentos perante os pais e a realidade vivenciada. “reconheça o que traz para a interação”	4/6	0/0	0/0	“um deles o acolhimento que eu acho que é fundamental para a adesão da família ao processo terapêutico e o nós darmos esse colo às pessoas é muito importante. Portanto normalmente estou sempre nesse papel. Ultimamente, por uma questão de gestão e eficácia, até reestruturei algumas

					intervenções porque percebi que não eram eficazes face ao grupo.” [6G1]
8.3.15. <u>Prática abrangente</u>	Descrição do entrevistado da sua prática como abrangente	0/0	1/1	0/0	“eu acho que é muito abrangente” [10G2]
8.3.16. <u>Preocupação com o recém-nascido/ criança</u>	Referências do entrevistado ao bem-estar, sobrevivência do recém-nascido/ criança pelo qual é responsável como foco de atenção	3/5	4/8	7/17	“acima de tudo, para mim, a criança e a família em primeiro lugar. Acima de tudo, para mim sempre, o meu pensamento é sempre eles em primeiro lugar, muitas vezes em detrimento das nossas necessidades fisiológicas, eu acho.” [11G1]
8.3.17. <u>Procurar segurança</u>	Referências à importância de se sentir seguro (no ambiente certo, com as ferramentas certas) na prestação de cuidados	0/0	1/2	0/0	“se estou no sítio certo, com todas as condições adequadas. Depois é se tenho o material necessário, se o que vou fazer, imagina que vou fazer uma colheita não vou fazer essa colheita na sala nos jogos, não é? Tenho de estar na sala, na sala suposta, na sala de tratamentos, portanto, com segurança...” [12G2]
8.3.18. <u>Procurar informação</u>	Referências à procura de informação por parte do enfermeiro para fornecer às pessoas quando não sabe o que lhe perguntam	0/0	3/4	1/2	“mas muitas vezes tenho de recorrer a procurar informação quando tenho algumas dúvidas e não quero induzir as pessoas em erro.” [11G2]
8.3.19. <u>Responder</u>	Dar resposta às necessidades do outro (formativas ou outras)	4/5	0/0	0/0	“dar resposta em função das necessidades, eu não tenho que me substituir a ninguém...” [16G1]
8.3.20. <u>Rigor dos cuidados</u>	Referências do entrevistado ao rigor dos cuidados como preocupação na sua prática	0/0	3/3	1/1	“obviamente a nível da prestação de cuidados, não é? Já sabemos isso... Sempre todo o rigor, não é?” [9G3]
8.3.21. <u>Saber fazer</u>	Referências do entrevistado ao saber fazer como uma preocupação na sua prática	0/0	0/0	3/4	“uma pessoa... Que é uma pessoa que sabe o que 'tá a fazer” [4G3]

8.3.22. <u>Ser verdadeiro</u>	Referências do entrevistado à sinceridade consigo próprio e com o outro	1/1	1/2	0/0	“eu acho que acima de tudo sermos verdadeiros conosco próprios e com o utente que temos à frente.” [11G1]
8.3.23. <u>Sigilo</u>	Referências ao sigilo como atuação do entrevistado	1/1	1/3	0/0	“depois tem aquela parte toda que é difícil de... do sigilo” [9G1]
8.3.24. <u>Trabalho em equipa</u>	Referências/descrições do entrevistado ao trabalho com os seus colegas de equipa (enfermeiros)	7/7	2/7	1/5	“eu acho que quando há uma boa relação com a equipa as coisas acontecem quase naturalmente, não há aqui melhor que eu ou pior que eu, e as pessoas acabam por se ajudar umas às outras e todos participamos e colaboramos” [1G1]
8.3.25. <u>Trabalho multidisciplinar</u>	Referências/descrições do entrevistado ao trabalho com outros profissionais, elementos da equipa multidisciplinar	6/13	4/9	0/0	“trabalhar em equipa, com multidisciplinidade, às vezes não conseguimos ver as coisas com os olhos que a gente vê ali, nós fazemos a avaliação individual, mas nem sempre corresponde àquilo.” [7G1]
8.3.26. <u>Utilização do comportamento como linguagem</u>	Referências à utilização/recurso do comportamento do bebé (criança) como a sua linguagem	7/11	2/6	2/4	“mas o olhar para o bebé e tentar que os pais leiam aquele bebé de uma forma muito única” [3G1]
<i>8.4. Papel do enfermeiro</i>	Descrição do contributo do enfermeiro para o desenvolvimento e transição para o papel parental; "reconheça o que traz para a interação"; "os profissionais querem ser competentes"				
8.4.1. <u>Acolher</u>	Referências ao saber acolher/acolhimento como papel do enfermeiro	1/2	1/1	1/1	“procurar ser alguém com que, que as pessoas quando... Que saiba acolher,” [15G1]
8.4.2. <u>Acompanhamento</u>	Referências ao papel do enfermeiro como acompanhar as pessoas nos vários contextos, momentos do ciclo de vida	1/1	3/5	2/3	“eu acho que os enfermeiros devem valorizar aquilo que é da sua competência: o acompanhamento!” [4G1]
8.4.3. <u>Ajudar</u>	Referências ao papel do enfermeiro como ajudar; “fazer” com os pais	0/0	2/6	0/0	“e ajudar os pais a melhor conhecerem, a melhor responderem eh... Ao seu filho” [4G2]

8.4.4. <u>Alertar</u>	Descrição do papel do enfermeiro como alertar	0/0	2/3	1/1	“e portanto, a cada marco do desenvolvimento, saber alertar para as competências que a criança se esforçará por adquirir,” [7G3]
8.4.5. <u>Apoiar</u>	Descrição ao papel do enfermeiro como apoiar os pais a serem bem-sucedidos	9/16	5/10	2/2	“portanto os profissionais são o apoio, são suporte em determinados timings, timings importantes” [2G1]
8.4.6. <u>Aproveitar as oportunidades</u>	Referência à importância de o enfermeiro identificar e aproveitar os momentos (oportunidades) significativos para intervir	5/8	0/0	0/0	“é essencial, termos esta noção é essencial para nós podermos agir nos períodos certos, porque a nossa ação, ou mais à frente ou mais atrás já não vai ter o resultado que era esperado” [11G1]
8.4.7. <u>Atualizar-se</u>	Referências à procura de informação/formação para se manter atualizado como sendo papel do enfermeiro	0/0	2/3	0/0	“portanto, há que haver a sede da busca constante por informação e nos mantermos atualizados, estejamos nós onde... Onde estivermos e ao seio da equipa que, que nos encontramos.” [8G2]
8.4.8. <u>Criar relação de confiança</u>	Descrição ao papel do enfermeiro como criar relação de confiança com o recém-nascido/ criança/pais	5/9	2/2	3/3	“transmitirmos confiança porque também precisamos de que essas pessoas tenham confiança em nós para também se abrirem connosco” [14G1]
8.4.9. <u>“Dar dicas”</u>	Referências do entrevistado ao papel do enfermeiro como "dar dicas"	0/0	0/0	1/2	“acho que o, os enfermeiros têm o dever de dar dicas aos pais. Tentar não exp- não ensinar, porque cada um gere a sua família como sabe. Mas dar dicas de vez em quando,” [5G3]
8.4.10. <u>Elo</u>	Enfermeiro descrito como elo entre pais e filhos; mediador	1/1	0/0	0/0	“portanto que o enfermeiro é um elo, um mediador também a ajudar os pais a interpretar os sinais que a criança revela,” [8G1]
8.4.11. <u>Empoderamento</u>	Descrição do papel do enfermeiro: capacita os pais para identificarem as competências parentais, resolverem as suas dificuldades e mobilizarem os recursos necessários nesse exercício.	6/9	0/0	0/0	“nós vamos saber transmitir esse conhecimento aos pais e poder capacitá-los” [11G1]

8.4.12. <u>Encaminhamento</u>	Descrição do papel do enfermeiro: encaminha os pais na procura da solução para as suas dificuldades quando já não está capaz de promover o papel e a satisfação parental fora da sua área de especialização. "esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional"	7/13	4/7	3/3	"o enfermeiro tem a capacidade de precocemente detetar estes sinais e fazer o encaminhamento, se não for capaz de responder, fazer o encaminhamento adequado para outros profissionais." [1G1]
8.4.13. <u>Ensinar</u>	Descrição do papel do enfermeiro como ensinar sobre cuidados relacionados com o recém-nascido	0/0	3/4	2/2	"aos ensinamentos sobre a amamentação ou quando fazem suplemento, ao nível da parte das cólicas, do sono... De regular o sono do bebé," [11G2]
8.4.14. <u>Identificação</u>	Referências à identificação/diagnóstico/despiste por parte do enfermeiro	2/2	0/0	0/0	"mas acho que através disto nós podemos alertar os pais e fazer muitos, e fazemos, muitos despistes" [10G1]
8.4.15. <u>Influenciar o desenvolvimento infantil</u>	Referências sobre o papel do enfermeiro sobre o desenvolvimento infantil	11/21	9/15	9/15	"e essa ajuda potencia, sem dúvida, a promoção do desenvolvimento infantil saudável ou favorável, nem que seja para minimizar alguns problemas que a criança possa ter." [9G1]
8.4.16. <u>Intervir</u>	Referência à intervenção como papel do enfermeiro	4/8	1/1	0/0	"acho que o enfermeiro deve ter sempre em atenção de que a sua intervenção é fundamental." [4G1]
8.4.17. <u>Investir na profissão</u>	Referências ao investimento na profissão como papel do enfermeiro	1/1	0/0	0/0	"e depois têm de ser pessoas que investem na sua profissão, que investem que procuram" [15G1]
8.4.18. <u>Orientar os pais</u>	Referências do entrevistado ao papel do enfermeiro em orientar os pais no papel de pais e/ou na promoção do desenvolvimento infantil	0/0	1/1	2/4	"eu apenas os oriento, tento orientar" [3G3]

8.4.19. <u>Papel importante</u>	Descrição do papel do enfermeiro como importante	0/0	3/3	2/4	“há muitos enfermeiros que fazem diferença na vida das pessoas. Muitas vezes.” [2G2]
8.4.20. <u>Perceber as necessidades</u>	Referências ao papel do enfermeiro como compreender as necessidades em cuidados das pessoas (explícitas e implícitas)	1/1	5/9	4/6	“porque o enfermeiro tem de ter capacidade de perceber quais são as necessidades, mesmo que elas não estejam explícitas” [4G1]
8.4.21. <u>Perceber dinâmica familiar</u>	Referências do entrevistado ao papel do enfermeiro como perceber a dinâmica da família, valorizando-a nos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria	0/0	0/0	1/2	“tenho que compreender acima de tudo aquela dinâmica, saber funcionar e trabalhar com eles.” [8G3]
8.4.22. <u>Prestar cuidados antecipatórios</u>	Referências aos cuidados antecipatórios como papel do enfermeiro (antecipar situações, implementar intervenções adequadas para prevenir "problemas")	0/0	5/9	2/2	“a situação que eu acho que nós temos muito, os cuidados antecipatórios que eu acho que isso é fundamental,” [2G2]
8.4.23. <u>Prevenir</u>	Descrição ao papel do enfermeiro como prevenir	2/5	1/1	1/1	“eu acho que se nós conseguirmos transmitir o que sabemos aos pais, nós podemos prevenir” [10G1]
8.4.24. <u>Promover a saúde</u>	Referências ao papel do enfermeiro na promoção da saúde, "obter ganhos em saúde", "melhorar a saúde"	1/3	3/3	2/3	“porque nós tentamos sempre promover a saúde, obter ganhos em saúde, melhorar os estilos de vida, pelo menos tentar alertar para isso” [14G1]
8.4.25. <u>Promover autonomia</u>	Descrição do papel do enfermeiro como promover a autonomia da família, dos pais, da criança	0/0	1/1	1/1	“sempre pensando na autonomia das famílias, sempre pensando nisso não na substituição, mas na autonomia, propondo caminhos que ajudem a família a desenvolver-se e a ser capaz de ehm viver aquele desenvolvimento da criança de forma adequada quer para a criança quer para os pais” [2G2]

<p>8.4.26. <u>Respeitar</u></p>	<p>Referências ao papel do enfermeiro como respeitar a família, os seus valores, decisões, cultura</p>	<p>0/0</p>	<p>2/2</p>	<p>1/1</p>	<p>“é respeitar quem tenho à minha frente. Os pais, enquanto pais que são, daquela criança. Respeitar a criança” [9G2]</p>
<p>8.4.27. <u>Ser modelo de referência</u></p>	<p>Descrição do enfermeiro como uma referência para os pais; ser modelo de referência</p>	<p>4/7</p>	<p>3/5</p>	<p>0/0</p>	<p>“eu acho que é uma relação para a vida e aqueles enfermeiros vão ser sempre um modelo de referência para aqueles pais,” [1G1]</p>
<p>8.4.28. <u>Ser perito</u></p>	<p>Descrição do enfermeiro como perito na sua área</p>	<p>0/0</p>	<p>4/4</p>	<p>0/0</p>	<p>“mesmo que a avó, há trinta anos atrás, tenha aprendido que se faz da forma x, mas se a enfermeira diz que é da forma y, sei lá, até empatizou com a enfermeira e reconhece-lhe conhecimento e experiência, a avó vai deixar de fazer da forma x para fazer da forma y.” [8G2]</p>
<p>8.4.29. <u>Ter conhecimento sobre a família</u></p>	<p>Referências do entrevistado ao papel do enfermeiro como reconhecer a importância de ter conhecimentos sobre a família, valorizando-a nos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria</p>	<p>0/0</p>	<p>1/1</p>	<p>0/0</p>	<p>“tem que existir conhecimento sobre a família. Que não... e aí é importante realmente para conseguirmos perceber a criança no meio do contexto onde ela está inserida” [5G2]</p>
<p>8.4.30. <u>Valorizar as forças</u></p>	<p>Referência à importância de valorizar as forças dos pais; referências espontâneas do discurso não associadas diretamente à formação Touchpoints, embora incluídas no seus princípios</p>	<p>3/6</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“valorizar muitos os aspetos positivos, as forças dos pais, e começar por aí não ao contrário, começando pelas forças” [1G1]</p>
<p>8.5. <u>Poder</u></p>	<p>Referência ao poder (importância) do enfermeiro tendo em conta o impacto da relação que estabelece</p>	<p>2/2</p>	<p>0/0</p>	<p>0/0</p>	<p>“portanto eu acho que no fundo o enfermeiro tem aqui imenso poder se souber fazer um trabalho com</p>

	com os pais e da sua atuação em geral				qualidade e conseguir estabelecer a relação que se pretende.” [1G1]
9. <u>EXPERIÊNCIA PESSOAL DO SER MÃE-PAI</u>	Referências do entrevistado à sua experiência como mãe/pai; de exercício da parentalidade	2/3	2/5	1/1	“com o nascimento da minha segunda filha eu já tinha algumas competências, mas as dicas que a enfermeira me deu foram extremamente importantes.” [4G1]
10. FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Referências do entrevistado à formação realizada com vista ao exercício da profissão de enfermeiro.				
10.1. <i>Formação após a licenciatura</i>	Referências aos processos de formação do enfermeiro depois de iniciada a sua carreira profissional; referências/descrição da importância de cursos, especializações, formações em serviço, etc.				
10.1.1. <u>Formação em serviço</u>	Referências à formação em serviço	1/2	2/4	1/2	“quando eu vou para uma formação em serviço eu tenho que fazer o diagnóstico da situação num serviço que me permita organizar formação para atingir um objetivo” [16G1]
10.1.2. <u>Formação entre pares</u>	Referências do entrevistado à formação entre pares				
10.1.2.1. <u>Atitude colaborativa</u>	Referência à formação entre pares como boa relação da equipa; todos iguais	6/9	0/0	0/0	“não é uma questão de saber mais ou menos, é uma questão de complementaridade entre os elementos da equipa” [9G1]
10.1.2.2. <u>Atualizar conduta</u>	Referência à formação entre pares como forma de atualizar conduta profissional	1/1	0/0	0/0	“acho que a formação entre nós é muito importante... inevitavelmente temos de estar atualizados...se não estivermos a par continuamos com uma conduta que já pode estar ultrapassada e não ser a mais correta, vá digamos assim.” [11G1]
10.1.2.3. <u>Conflituosa</u>	Referência à formação entre pares como potenciadora do conflito entre os elementos da equipa	1/1	0/0	0/0	“por outro lado, temos uma coisa má (mas pode ser boa) que é sermos muito competitivos. O que faz com que se aquilo é bom e se aquela pessoa faz, pode ser que... eu vou também tentar fazer. E acabamos por puxar muito por nós. Pode ser positivo, neste caso eu acho que é positivo, mas noutras situações é um bocadinho difícil.” [3G1]

10.1.2.4. <u>Contributo ambivalente</u>	Referências ambivalentes sobre contributos da formação entre pares	0/0	2/2	1/1	“espero que sim. Mas muitas vezes não. Mas eu espero que sim.” [8G3]
10.1.2.5. <u>Contributo inespecífico</u>	Referências a aspetos positivos no geral, inespecíficos da formação entre pares	8/1	5/6	4/4	“entre pares, sim, muito. Acho que é, acho que é muito benéfico os contributos, porque eu acho que nós trazemos sempre contributos da nossa experiência profissional e pessoal da nossa profissão.” [11G1]
10.1.2.6. <u>Formação para qualquer coisa</u>	Referências à formação sem diagnóstico prévio de necessidades formativas; “só porque sim”	1/2	0/0	0/0	“porque nós não fazemos diagnósticos rigorosos daquilo que são as necessidades de formação e, portanto, vamos fazer formação para qualquer coisa desde que seja oportuno fazer formação, eu não sei se pode ser assim” [16G1]
10.1.2.7. <u>Fundamental</u>	Descrição da formação entre pares como fundamental	0/0	0/0	1/2	“com muita ajuda das minhas colegas, que foi o fundamental, foi os conhecimentos que elas me transmitiram porque elas é que tinham ali... O bolo da situação para me ensinar.” [9G3]
10.1.2.8. <u>Gera formação individual</u>	Descrição/referência à formação entre pares como influenciadora da procura de formação por parte dos elementos da equipa de trabalho	0/0	3/4	0/0	“porque no fundo, a formação da equipa vai gerar também a formação individual, vai levar a isso.” [8G2]
10.1.2.9. <u>Impacto nos cuidados</u>	Descrição/referência à formação entre pares como tendo impacto/reflexo nos cuidados	0/0	5/9	2/2	“e isto vai-se ehm... Ehm... Vai-se evidenciando e vai-se... E vai-se implementando, vai contaminando um pouco, não só os pares, mas também os cuidados.” [4G2]
10.1.2.10. <u>Impacto relativo</u>	Referência à formação entre pares como um tipo de formação com impacto relativo/parcial na equipa	2/2	0/0	0/0	“não na totalidade, mas sim, em algumas situações sim.” [7G1]
10.1.2.11. <u>Influência sobre a equipa</u>	Descrição/referência à formação entre pares como influenciadora da	8/20	9/28	6/9	“se os colegas começam a ouvir que isso vale a pena que isso traz mais valias para a prestação, sem

	equipa (filosofia/método de trabalho)				dúvida que é um bom veículo... os colegas são bons veículos de aprendizagem uns para os outros e acredito nisso." [15G1]
10.1.2.12. <u>Integração</u>	Referências à importância das integrações nos serviços aos novos elementos efetuadas por elementos mais antigos	2/6	4/7	1/2	"os enfermeiros quando vão para os seus serviços haja esta atenção por parte das chefias... colocá-los com outros colegas com mais formação, colegas que já têm um percurso, nunca os colocar sozinhos." [15G1]
10.1.2.13. <u>Melhoria contínua</u>	Referência à formação entre pares como contributo para a melhoria contínua	1/2	0/0	0/0	"aquela formação tem um fim, e este fim para mim é que é importante, que é o que eu quero modificar, porque só assim é que vamos conseguir uma melhoria" [16G1]
10.1.2.14. <u>Partilha entre colegas</u>	Referências à formação entre pares como forma de partilha de opiniões, conhecimentos, aplicação de procedimentos, discussão entre colegas	5/7	7/14	5/12	"nós temos um lema: todas as formações que nós vamos fazer sejam fora ou cá dentro, nós tentamos fazer lá no centro de saúde com as colegas, nós tentamos fazer um apanhado e transmitir." [10G1]
10.1.2.15. <u>Pouco impacto</u>	Descrição da formação entre pares como um tipo de formação com pouco impacto/pouco relevo/pouco valor para a prática profissional	2/2	1/2	2/4	"o reconhecimento das competências dos pares... E neste momento pensado um bocadinho no estado das coisas, é vista até um pouco... De lado, com algum ceticismo numa forma inicial." [4G2]
10.1.2.16. <u>Reflexão</u>	Descrição da formação entre pares como oportunidade para reflexão entre colegas/ equipa	1/1	0/0	0/0	"mas temos espaço para refletir e para discutir que eu acho que às vezes é o que falta à maioria dos colegas, não é? Que é poder pensar um bocadinho naquilo que se anda a fazer" [12G1]
10.1.2.17. <u>Serviços deviam apostar na formação entre pares</u>	Posicionamento crítico do enfermeiro sobre o investimento dos serviços na formação entre pares	0/0	1/1	0/0	"e acho muito importante, e acho que os serviços deveriam apostar mais nisso eh... Porque acho que realmente temos todos a ganhar." [11G2]

10.1.2.18. <u>Servir de exemplo</u>	Referências a como a atuação do enfermeiro serve de exemplo para os colegas de equipa e valoriza os conhecimentos adquiridos (relato de experiência pessoal ou em geral)	0/0	6/11	3/5	“é fácil de perceber "eh pá aquela pessoa faz daquela maneira e... Tem resultados bons", eu acho que é fácil mudar de comportamento. Se as pessoas tiverem interessadas nisso..." [4G3]
10.1.3. <u>Formação entre pares associada a formação formal/ não formal</u>	Referências do entrevistado à importância de ambas as formações (entre pares e formal/ não formal) para a prática de enfermagem	6/8	8/9	3/4	“eu acho que as duas são... São importantes, e...até porque eu 'tou a fazer um mestrado e acho que é importante, mas eu acho que... A formação de pares também acho que tem um grande impacto," [11G2]
10.1.4. <u>Formação entre pares mais relevante</u>	Referências à formação entre pares como sendo mais relevante do que a formação formal/ não-formal para a atuação do enfermeiro	0/0	0/0	5/6	“entre pares. Sim, sem dúvida. Uma partilha maior de... Vivências, de experiências..." [2G3]
10.1.5. <u>Cursos específicos</u>	Referências do entrevistado a formações/cursos específicos que sejam relevantes para a prática de enfermagem na área da saúde infantil e/ou tenham contribuído para o seu desempenho enquanto enfermeiro				
10.1.5.1. <u>Ano complementar</u>	Referências do entrevistado a um ano complementar após a licenciatura como relevante para a sua atividade profissional	1/2	0/0	0/0	“um ano complementar em que a pessoa digamos que afinaria e aprofunda todo o seu conhecimento direcionado para uma área específica, digamos assim." [11G1]
10.1.5.2. <u>CAP</u>	Referências do entrevistado ao curso de formação de formadores (CAP) como relevante como formação complementar	0/0	0/0	1/1	“formação de CAP também considero importante estarmos atualizados, termos conhecimentos da área de, da área de formação," [3G3]
10.1.5.3. <u>CIPE</u>	Referências do entrevistado a formações em classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) como	0/0	0/0	1/1	“considero que talvez haja uma ou outra que realmente tenham mudado bastante a minha forma de pensar e de estar como enfermeira, ehm,

	relevante como formação complementar				principalmente as relacionadas com com ehm com CIPE.” [3G3]
10.1.5.4. <u>Conselheira aleitamento materno</u>	Referências do entrevistado à formação de conselheira em aleitamento materno como relevante para a sua atividade profissional	1/2	0/0	0/0	“conselheira do aleitamento materno e acho que me apaixonei um bocado por isto tudo, não é?” [7G1]
10.1.5.5. <u>Licenciatura</u>	Referências do entrevistado à licenciatura como relevante para a sua atividade profissional	2/2	0/0	0/0	“a licenciatura é importante.” [11G1]
10.1.5.6. <u>Massagem infantil</u>	Referências do entrevistado ao curso em massagem infantil como relevante como formação complementar	0/0	1/1	0/0	“os cursos de massagem infantil eh que dentro da área da pediatria é uma área, a área do desenvolvimento” [3G2]
10.1.5.7. <u>Mestrado</u>	Referências do entrevistado ao mestrado como relevante para a sua atividade profissional	1/2	0/0	0/0	“posso ter mestrados que não tenham nada a ver com formação especializada e que me podem ser uteis para o atendimento que vou fazer.” [16G1]
10.1.5.8. <u>Modelo Touchpoints</u>	Referência do entrevistado à formação no Modelo Touchpoints como relevante para a sua prática profissional	5/5	1/1	0/0	“a que me estou a lembrar mais agora, que está mais estruturada e que eu penso será de mais fácil acesso aos enfermeiros é a do Modelo Touchpoints” [3G1]
10.1.5.9. <u>NBO/NBAS</u>	Referências do entrevistado à formação nas escalas Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) e/ou Neonatal Behavioral Observation System (NBO) como relevantes para a sua atividade profissional.	3/3	0/0	0/0	“também fiz a daquela escala neurocomportamental e adorei!” [10G1]
10.1.5.10. <u>Nenhum em particular</u>	Referências do entrevistado a não haver nenhuma formação que ele	0/0	3/5	4/5	“alguma delas ter sido assim muito especificamente positiva ou diferenciadora, não acho” [13G2]

	conheça que possa complementar formação inicial para prestar cuidados ao recém-nascido e família				
10.1.5.11. <u>NIDCAP</u>	Referências do entrevistado à formação Newborn Individualized Developmental Care And Assessment Program (NIDCAP) como relevante como formação complementar	1/1	1/2	0/0	“fui estagiar para um sítio onde praticavam o NIDCAP®, portanto sempre estive muito ligada a esta área.” [3G1]
10.1.5.12. <u>Parentalidade positiva</u>	Referências à formação em parentalidade positiva como relevante como formação complementar	0/0	1/1	0/0	“à parte desta última formação de parentalidade positiva, foi muito o culminar e o pôr nome as coisas que eu já intuitivamente ia fazendo” [12G2]
10.1.5.13. <u>Pós-graduação em cuidados neonatais</u>	Referências à pós-graduação em cuidados neonatais como relevante como formação complementar	0/0	0/0	2/4	“eu acho que pelo timing em que aconteceu, portanto, no meu percurso profissional. E a... E pela especificidade, a pós-graduação foi a que mais contribuiu, naquela fase, para um salto mesmo profissional, e uma reflexão diferente sobre aquilo que eu fazia todos os dias” [7G3]
10.1.5.14. <u>Pós-licenciatura em enfermagem</u>	Referências do entrevistado à pós-licenciatura em enfermagem como relevante para a sua atividade profissional	7/8	7/9	2/2	“eu acho que a especialidade dá-nos muitos, abre-nos muitos horizontes, muitas portas.” [10G1]
10.1.5.15. <u>Reanimação neonatal</u>	Referências à formação em reanimação neonatal como relevante como formação complementar	0/0	1/2	0/0	“que me marcou um bocadinho, me fez perceber algumas coisas, talvez os riscos que podemos correr no internamento do puerpério e que não tinha a tanta noção.” [11G2]

10.1.5.16. <u>Saúde familiar</u>	Referências do entrevistado à formação em saúde familiar como relevante como formação complementar	0/0	1/1	0/0	“porque se estivermos a falar de uma criança em contexto da comunidade e, portanto, poderia ser na saúde, na área de saúde familiar também...” [5G2]
10.1.5.17. <u>Suporte avançado de vida</u>	Referências à formação suporte avançado de vida como relevante como formação complementar	0/0	0/0	2/2	“portanto, aquelas que eu gostei mais de fazer até agora foram as de suporte avançado de vida, porque eu achei que foi extremamente interativa e que nos dá assim alguma coisa mesmo para a prática. E... Tenho essa como uma referência de todas as que eu já... Já frequentei.” [9G3]
10.1.5.18. <u>Suporte básico de vida</u>	Referências à formação em suporte básico de vida como relevante como formação complementar	0/0	0/0	2/2	“eh outro curso, e que não tão específico na neonatologia, foi suporte básico de vida e reanimação, pela mesma razão por que acho que não temos nem pouco mais ou menos bases suficientes para a prática da realidade” [1G3]
10.1.5.19. <u>Ventilação invasiva</u>	Referências à formação em ventilação invasiva como relevante como formação complementar	0/0	0/0	1/1	“ventilação invasiva. Porque era onde sentia, sem dúvida, uma maior lacuna” [1G3]
10.1.6. Importância da formação para a prática profissional	Referência/descrição da influência da formação no desempenho profissional do entrevistado				
10.1.6.1. <u>Conhecimentos</u>	Descrição da formação complementar como importante adquirir conhecimentos				
10.1.6.1.1. <u>Alargar conhecimentos</u>	Descrição da formação complementar como importante para alargar conhecimentos	0/0	0/0	2/4	“formação em sala de aula é... É, acho que nesta fase da minha vida profissional, é... É aquilo que me faz abrir outras janelas. Dá-me... Acende-me luzes de coisas diferentes, que no dia a dia não... Não nos passam à frente, portanto não é tão fácil refletir sobre elas.” [7G3]
10.1.6.1.2. <u>Conhecimentos práticos</u>	Descrição da formação complementar como importante	3/3	3/4	0/0	“para mim como profissional, como a enfermeira é bom aquilo que eu aprendo numa formação. Imagina

	para adquirir conhecimentos práticos				até um suporte avançado de vida, o que é que nós aprendemos lá, a prática que desenvolvemos é enriquecedor e é positivo para mim.” [13G2]
10.1.6.1.3. <u>Conhecimentos teóricos</u>	Descrição da formação complementar como importante para adquirir conhecimentos teóricos	0/0	5/5	0/0	“senti eu própria de que todos os enfermeiros com maior formação nesta área são efetivamente enfermeiros que têm uma, um leque de... De... De conhecimentos e de competências que lhes permitem estar na presença dos pais, com uma outra... Com uma outra assertividade,” [4G2]
10.1.6.1.4. <u>Novos conhecimentos</u>	Descrição da formação complementar como importante para adquirir conhecimentos novos	0/0	2/3	1/1	“existe sempre... conhecimentos novos, existem sempre novas, -novas teorias, novos conhecimentos que surgem” [10G2]
10.1.6.2. Contexto prático	Referências à importância da formação para o contexto prático, prestação de cuidados, exercício profissional				
10.1.6.2.1. <u>Aplicar na prática</u>	Referência à importância da aplicabilidade dos conhecimentos aprendidos na formação no contexto do exercício profissional; fundamentar experiências	1/1	1/1	0/0	“para que a formação seja, tenha eficácia é importante que as pessoas estejam no terreno e, portanto, ponham em prática aquilo que realmente trazem de mais-valia dos cursos” [4G1]
10.1.6.2.2. <u>Atenção aos pormenores</u>	Descrição da formação complementar como importante para atender, prestar atenção aos pormenores	0/0	1/1	0/0	“sim. A atenção a alguns pormenores, sem dúvida que sim.” [8G2]
10.1.6.2.3. <u>Orientar desempenho profissional</u>	Referências à orientação dos conhecimentos adquiridos em contexto de formação para evoluir no seu desempenho	0/0	6/10	3/4	“procuro sempre ‘tar atualizada tentar participar nas formações existentes precisamente para para poder desempenhar o meu papel de uma forma mais, mais consciente e mais, mais formada.” [3G3]
10.1.6.2.4. <u>Qualidade dos cuidados</u>	Descrição da formação complementar como importante para a qualidade dos cuidados de	0/0	1/1	1/1	“e eu penso que claro isso vai-se traduzir também na qualidade dos cuidados que vou prestar, não é?” [5G2]

	enfermagem prestados pelo entrevistado				
10.1.6.2.5. <u>Segurança nos cuidados</u>	Descrição da importância da formação para dar mais segurança ao cuidar	0/0	1/2	0/0	“deu-me competências para... deu-me competências para intervir com mais segurança com as famílias. Nos cuidados que prestava” [12G2]
10.1.6.3. Importância inespecífica	Referências inespecíficas à importância da formação para a prática profissional/ referências a formação para além da licenciatura sem especificar nenhuma em particular	0/0	5/7	2/4	“eu não tenho dúvida nenhuma que todas as pessoas, que todas as pessoas, não só com os enfermeiros que trabalham com recém-nascidos devem ter, por níveis, alguma formação não precisam todos de ter o mesmo pacote de formação e informação. Mas sem dúvida nenhuma, não tenho dúvida nenhuma sobre isso.” [6G2]
10.1.6.4. Outros	Referências a vários aspetos atribuídos à importância da formação para a prática				
10.1.6.4.1. <u>Aceitação</u>	Referências ao contributo da formação complementar para a aceitação do enfermeiro pelos seus pares/equipa	1/1	0/0	0/0	“também pelos, pelos pares, ou não pares, pelos parceiros, pela equipa também é mais aceite. Por isso, ter, aprofundar conhecimentos” [15G1]
10.1.6.4.2. <u>Aperfeiçoar</u>	Descrição da formação complementar como aperfeiçoamento de conhecimentos/práticas/técnicas	1/1	0/0	0/0	“se eu for agora trabalhar para uma neonatologia, por exemplo, eu tinha de fazer formação naquela área. Se eu fosse trabalhar para o centro de saúde, eu tinha de me aperfeiçoar mais naquela área de trabalho” [14G1]
10.1.6.4.3. <u>Aprofundar</u>	Descrição da formação complementar como importante para aprofundar conhecimentos	0/0	3/7	1/1	“ou seja, é formação é importante, no sentido tu também aprofundares um bocadinho os teus conhecimentos” [13G2]
10.1.6.4.4. <u>Atualização</u>	Descrição da importância da formação para atualizar conhecimentos	4/5	0/0	0/0	“acho que sempre, ao longo da vida, nós temos de ter formação e claro que nas áreas que nós trabalhamos para sermos bons naquilo que fazemos, temos de nos formar naquela área, que há sempre atualizações” [14G1]

10.1.6.4.5. <u>Autoestima</u>	Referências do contributo da formação para a autoestima do enfermeiro	1/2	0/0	0/0	“sem dúvida cria mais à vontade para isso, é uma pessoa que está mais à vontade, tem um à vontade, tem autoestima mais elevada,” [15G1]
10.1.6.4.6. <u>Cimentar</u>	Descrição da formação complementar como importante para cimentar conhecimentos	0/0	2/2	1/1	“ou seja, é formação é importante, no sentido tu também aprofundares um bocadinho os teus conhecimentos” [13G2]
10.1.6.4.7. <u>Complementação licenciatura</u>	Referências à importância de formação após licenciatura para prestar cuidados ao recém-nascido e família/ em Saúde Infantil e Pediatria (respostas do tipo "a licenciatura não é suficiente para adquirir as ferramentas necessárias para a área da saúde infantil e pediatria")	4/4	5/8	5/5	“nós não podemos considerar que um enfermeiro pode ser, pode fornecer um suporte igual tenha ele formação em enfermagem geral ou tenha ele formação específica na área do desenvolvimento infantil.” [3G1]
10.1.6.4.8. <u>Desenvolvimento infantil</u>	Referências à importância da formação para adquirir conhecimentos sobre desenvolvimento infantil	1/2	0/0	0/0	“formações de promoção precisamente do desenvolvimento infantil que é... nós não podemos considerar que um enfermeiro pode ser, pode fornecer um suporte igual tenha ele formação em enfermagem geral ou tenha ele formação específica na área do desenvolvimento infantil. [3G1]
10.1.6.4.9. <u>Desvalorizada</u>	Referências à desvalorização da formação	4/7	0/0	0/0	“há muitas pessoas que “ah não sei que fui lá aprender” [12G1] “se estamos num contexto de prática clínica ah... num contexto de... de prestação de cuidados nós sabemos que hoje em dia os enfermeiros não são valorizados pela formação que fazem” [15G1]
10.1.6.4.10. <u>Diferenciação</u>	Referências ao contributo da formação para a diferenciação	1/1	0/0	0/0	“ser capaz de procurar formação sobre isso, porque senão hmm, não teríamos a possibilidade de diferenciação, se quisermos, em função do local onde

					vou desenvolver a minha atividade profissional” [16G1]
10.1.6.4.11. <u>Eficácia</u>	Descrição da importância da formação para uma maior eficácia no exercício das funções	0/0	1/1	0/0	“podia avançar com mais eficácia, até para procurar os resultados de ganhos de saúde e bem-estar da família.” [12G2]
10.1.6.4.12. <u>Enriquecimento</u>	Descrição da formação complementar como enriquecimento de conhecimentos/práticas/técnicas	0/0	1/1	1/1	“esse enriquecimento. Não propriamente a nível dos conteúdos, mas a nível da forma de os abordar, das formas de os colocar em prática...” [8G2]
10.1.6.4.13. <u>Ganhar baterias</u>	Descrição da importância da formação para ganhar baterias, energia	1/1	0/0	0/0	“o momento que eu faço formação é sempre um momento de ganhar baterias e energias” [6G1]
10.1.6.4.14. <u>Mais valia</u>	Descrição da formação profissional como uma mais-valia para o enfermeiro	1/1	0/0	0/0	“aprofundar conhecimentos, estudar, é uma grande mais valia para os enfermeiros” [15G1]
10.1.6.4.15. <u>Mudança</u>	Descrição da formação como um fator de mudança no exercício profissional	2/3	0/0	0/0	“e mudarmos algumas práticas, é sempre, é sempre importante e, portanto, eu marco se calhar como mais importantes estas idas para a escola,” [12G1]
10.1.6.4.16. <u>Partilha de experiências</u>	Descrição da oportunidade de partilha de experiências/ conhecimentos com outras colegas nas formações como importante	2/3	2/2	0/0	“nem que seja para partilha de opiniões entre colegas, porque quando nós vamos fazer formação não ficamos ali quietinhos e caladinhos sem falar com ninguém.” [9G1]
10.1.6.4.17. <u>Planos curriculares</u>	Referências à organização do programa curricular/ características das unidades curriculares como fator influenciador do contributo da formação complementar	0/0	4/5	0/0	“gostei muito do processo de formação no âmbito do mestrado, mesmo da parte curricular foi subsidiária.” [1G2]
10.1.6.4.18. <u>Positivo</u>	Descrição da formação como importante para um contributo positivo enquanto enfermeiro	1/1	0/0	0/0	“e em todas as formações a gente percebe, a gente sabe disso ..., tanta coisa que nos mostra que aquilo que estamos a fazer é positivo” [7G1]

10.1.6.4.19. <u>Reciclagem</u>	Referências à formação complementar como oportunidade para reciclar conhecimentos; referência a cursos de reciclagem de conhecimentos	1/1	0/0	0/0	“as formações são sempre muito importantes ao longo da vida, nem mesmo que a gente até já tenha feito, às vezes os cursos de reciclagem são muito importantes” [14G1]
10.1.6.4.20. <u>Reflexão</u>	Descrição da formação complementar como importante para refletir sobre a prática/ os cuidados que se presta; importância da formação para a autorreflexão, "pensar nas coisas"	2/3	2/2	1/1	“de autorreflexão e depois quando voltamos repensamos um bocadinho a nossa prática e damos um bocadinho mais de reforço” [6G1]
10.1.6.4.21. <u>Valorizada</u>	Referências à valorização da formação/ "é valorizada"	1/1	0/0	0/0	“sabemos perfeitamente que a formação é importante e vai ser valorizada,” [15G1]
10.1.7. <u>Importância experiência profissional</u>	Referências à importância da experiência profissional par além de/em detrimento de formação acadêmica/títulos profissionais	0/0	2/6	1/1	“mas apesar de achar que muita formação te pode... imagina, ensinarem-te técnicas de como transmitir uma notícia aos pais, de como, que apoio psicológico podes transmitir aos pais, é bom! Mas podes ter muita teoria, a primeira vez que caís na prática... não é fácil, não é?” [13G2]
10.1.8. <u>Necessidades formativas</u>	Descrição/enumeração dos motivos que levaram o entrevistado a procurar formação complementar				
10.1.8.1. <u>Atualização de conhecimentos</u>	Referência à necessidade de atualizar conhecimentos; atualizar porque "as coisas estão sempre a mudar"	7/8	5/5	3/4	“eu acho, uh, o que me tem motivado é no fundo manter a atualização de conhecimentos, uh sentir a necessidade de ter conhecimento, uh de aprofundar algumas áreas dentro da minha área de trabalho e pela procura de conhecimento.” [11G1]
10.1.8.2. <u>Contribuir para a ciência</u>	Referência à motivação para fazer formação para contribuir para a ciência/disciplina de enfermagem	2/2	1/1	0/0	“toda essa área que achei que era muito importante para, para a profissão como ciência, como, como, como disciplina científica.” [15G1]

10.1.8.3. <u>Dar visibilidade</u>	Referência à motivação para fazer formação para dar visibilidade à profissão de enfermagem/ papel do enfermeiro	1/2	3/3	0/0	“era também para dar visibilidade e, nomeadamente o trabalho de enfermeira de saúde infantil. E foi, foi aí que, foi por isso mesmo que, que também entrei no mestrado.” [15G1]
10.1.8.4. <u>Enriquecimento pessoal</u>	Referências ao enriquecimento pessoal como uma necessidade formativa	1/1	4/8	3/4	“o meu enriquecimento pessoal” [10G1]
10.1.8.5. <u>Explorar áreas de interesse</u>	Referências à vontade/necessidade de explorar áreas de interesse, sedimentar conhecimentos	5/10	10/17	5/9	“isso depois tem a ver com os projetos de cada um...e, portanto, depende das áreas, dos temas que nós trabalhamos como projeto” [8G1]
10.1.8.6. <u>Fazer melhor</u>	Referência à motivação para fazer formação para fazer melhor, obter melhores resultados,	2/2	0/0	5/6	“eu acho que quanto mais formações faço mais experiência tenho para também poder pôr em prática e poder também transmitir um pouco o que eu sei a alguém e poder ajudar de uma maneira mais eficiente e mais adequada.” [10G1]
10.1.8.7. <u>Foco na criança</u>	Referências para a motivação para fazer formação com o intuito de promover a saúde/ desenvolvimento da criança	2/3	0/0	0/0	“antes falava com os pais, dava todas as orientações aos pais, agora não, falo para a criança e os pais... falo para os pais através da criança, digamos assim.” [10G1]
10.1.8.8. <u>Foco nos pais</u>	Referências à motivação para fazer formação com o intuito de ajudar os pais, aproximar-se dos pais	2/2	0/0	0/0	“no fundo, o meu objetivo principal é a ajudar os pais a entenderem os seus filhos!” [13G1]
10.1.8.9. <u>Progressão na carreira</u>	Referências à motivação para realizar formação com querer subir na carreira, progredir em título profissional	0/0	3/5	1/2	“fundamentalmente assegurar de que em contexto institucional não mudaria de área.” [1G2]
10.1.8.10. <u>Questões familiares</u>	Referência a motivações de ordem pessoal ou familiar como	0/0	1/3	0/0	“foi um uma projeção a minha mãe, que eu não conheci, porque morreu ela eu tinha um ano e pouco,

	motivação para formação complementar				era enfermeira e nunca lhe foi permitido exercer enfermagem e eu quis ser aquilo eu ela não conseguiu ser, incondicionalmente” [1G2]
10.1.8.11. <u>Responder a lacunas</u>	Referências à motivação para fazer formação para responder a lacunas	0/0	0/0	2/3	“conforme eu comecei a trabalhar, senti logo várias lacunas. Sem dúvida que senti necessidade de fazer formação e de me enriquecer” [1G3]
10.1.8.12. <u>Saber mais</u>	Referências à motivação para fazer formação para saber mais, adquirir conhecimentos	7/11	3/5	3/4	“mas achava sempre que podia saber, tenho sempre muita necessidade de estudar, de saber mais” [1G1]
10.1.8.13. <u>Ser mais capaz</u>	Referência à motivação para fazer formação para ser mais capaz	2/2	3/5	0/0	“é para que sejamos mais capazes e possamos ajudar os nossos, as nossas crianças e as famílias melhor.” [12G1]
10.1.9. <u>Pouco apoio</u>	Referências ao pouco apoio existente para formação complementar e como isso pode influenciar a opção de investir em formação profissional	0/0	0/0	1/1	“acho que há pouco apoio na formação, e as pessoas também... Pensam duas vezes em gastar esse dinheiro” [4G3]
10.2. <u>Formação inicial</u>	Referências às perspetivas sobre o enfermeiro/enfermagem enquanto aluno de enfermagem ou início da carreira profissional (do próprio, dos enfermeiros em geral)				
10.2.1. <u>Desenvolvimento pessoal</u>	Referências ao estágio de desenvolvimento dos alunos durante a licenciatura que pode influenciar a forma como adquire competências/conhecimentos durante o curso; descrições relacionadas com a apreensão de conceitos de forma pessoal durante a licenciatura	0/0	2/4	1/1	“nós falamos de desenvolvimento, falamos disto, mas os jovens, também considero, no estágio desenvolvimental que eles estão, não têm capacidade de interiorizar até aquilo que se diz.” [3G2]
10.2.2. <u>Ferramentas base</u>	Referência aos conhecimentos (teóricos e práticos) que a	7/15	5/6	1/1	“a licenciatura tem que me dar a base para eu procurar conhecimento, tem que me dar bases para

	formação inicial (licenciatura) fornece como alicerces ao desempenho profissional				eu fazer o atendimento genérico da população," [16G1]
10.2.3. Foco de atenção	Referências aos aspetos tidos como foco de atenção enquanto enfermeiro				
10.2.3.1. <u>Desenvolvimento da criança</u>	Referência do entrevistado ao seu foco de atenção com o desenvolvimento infantil durante a sua formação na licenciatura	1/1	2/2	0/0	"primeiro eu não posso dizer que foi a partir da formação que comecei a fazer tal porque eu já desde a faculdade... já tinha mais sensibilidade para a área." [3G1]
10.2.3.2. <u>Foco no recém-nascido</u>	Referência do entrevistado ao seu foco de atenção com o recém-nascido durante a sua formação na licenciatura	0/0	0/0	1/1	"eu fiz... A minha monografia no final de curso de base em toque terapêutico, por exemplo. E isso fez-me... Por exemplo, mesmo... Na neonatologia principalmente, mesmo quando ainda 'tava numa parte muito prática, se calhar sempre tive ligada a outras, e que agora evoluiu para o que eu 'tou a fazer agora, [...] eu acho que começou aí, pronto. Porque foi a minha primeira abordagem à neonatologia." [8G3]
10.2.3.3. <u>Intervir nos problemas</u>	Referência a dificuldades, "problemas" como foco de atenção do enfermeiro; "modelo deficitário"	3/5	0/0	0/0	"eu na minha formação de base que já foi há muitos anos nós estávamos muito treinados para "vamos ver o que está aqui, o que é que o enfermeiro tem de encontrar de problemas e intervir" [1G1]
10.2.4. <u>Grande impacto</u>	Referências à licenciatura como formação com impacto no "eu" enfermeiro	0/0	1/1	0/0	"sim, de tão grande impacto como a licenciatura, não." [11G2]
10.2.5. <u>Insuficiente</u>	Descrição da licenciatura como insuficiente, não chega para o exercício da enfermagem em saúde infantil e pediatria	4/11	6/16	7/18	"há sempre coisas porque a licenciatura não consegue dar tudo," [14G1]
10.2.6. <u>Motivação para aprender</u>	Referência à motivação para a aprendizagem no curso de	5/6	1/4	1/2	"dito de uma outra forma, a licenciatura não poder dar tudo nem deve dar tudo, mas deve dar os princípios

	licenciatura; a licenciatura pode motivar o aprofundar de conhecimentos em áreas de interesse após o ingresso na vida profissional				que permitam ao estudante procurar processos de formação.” [16G1]
10.2.7. Suficiente	Referências à licenciatura como formação suficiente para a prestação de cuidados gerais	0/0	1/1	4/8	“agora, eu, por experiência, acho que, pelo menos nos cuidados mais gerais, acho que consigo... Conseguimos, prestá-los quando terminámos o curso da licenciatura.” [11G2]
10.2.8. Unidades curriculares	Referências à organização do programa curricular, a características das unidades curriculares como fator influenciador do papel da licenciatura na formação do enfermeiro	0/0	2/5	3/7	“mas eu fiz dois estágios de... Neonatologia, fiz o de pediatria, e o de integração à vida profissional. Porque era a área que eu queria.” [8G3]
<i>10.3. Papel do professor</i>	Referências ao papel do professor/escola/formador/entidade formativa no contexto da formação	2/2	1/2	0/0	“nós escolas temos um papel, como todos os profissionais que são os responsáveis também por acompanhar os estudantes nas práticas clínicas têm esse papel que é de motivar e de, e de fazer com que as pessoas também queiram avançar” [15G1]
11. POSICIONAMENTO CRITICO	Posicionamento crítico do entrevistado (pode surgir livremente no seu discurso enquanto falam de outros temas)				
<i>11.1. Aspetos educacionais</i>	Posicionamento crítico do entrevistado relativamente à educação das crianças na sociedade atual	1/1	2/4	0/0	“e às vezes o a sociedade absorve os adultos, os adultos jovens que estão a construir o seu projeto profissional ficam efetivamente absorvidos e ficam quase sem espaço para a relação entre eles, mas sem espaço para a construção dos afetos por exemplo. E tentam compensar isso pela permissividade excessiva, isso é maltrato, que faz

					das crianças uns pequenos ditadores. E isso é algo que vai ser obstaculizante do processo de desenvolvimento harmonioso.” [1G2]
11.2. Políticas de saúde	Posicionamento crítico do entrevistado sobre as políticas de saúde nacionais (políticas, governamentais) e/ou organizacionais				
11.2.1. <u>Acessibilidade aos serviços de saúde</u>	Posicionamento crítico do entrevistado relativamente à acessibilidade da população aos serviços de saúde	2/2	2/2	0/0	“porque nem todas as pessoas podem ir a um médico particular para ter esse tipo de coisas! Vai-se ao centro de saúde, mas agora nem sempre o centro de saúde não-sei-quê...” [4G1]
11.2.2. <u>Empregabilidade</u>	Posicionamento crítico/reflexões do entrevistado relativamente às questões relacionadas com a empregabilidade/contratação dos enfermeiros	2/3	0/0	0/0	“as pessoas não arranjam trabalho, acabam por tentar fazer mais formação, para enriquecer o seu currículo para ver se conseguem trabalho. Isso eu percebo, agora a sociedade é que os leva a fazer isto, não é? Agora se isto é assim tão benéfico, não é?” [12G1]
11.2.3. <u>Funcionamento do serviço</u>	Reflexões críticas do entrevistado a aspetos relacionados com as políticas de saúde do serviço que interferem com o desempenho profissional do enfermeiro (relacionamento com a chefia, filosofia de trabalho, relacionamento com equipa multidisciplinar, relacionamento com colegas enfermeiros)	6/10	7/12	2/2	“estou a fazer a consulta, isso é muito comigo, é muito de mim. Quer dizer, não há ninguém, nem o próprio serviço ou a instituição a impedir: “não, ou não demoras tanto tempo ou só tens um quarto de hora”; não, a pessoa gere a consulta.” [8G1]
11.2.4. <u>Políticas institucionais</u>	Reflexões críticas do entrevistado a aspetos relacionados com as políticas da organização (hospital, centro de saúde) que interferem com o desempenho profissional do	7/12	6/15	0/0	“e ultimamente ainda mais porque com a falta de recursos as pessoas... quebram-se alguns procedimentos que normalmente se faziam com outro vagar.” [6G1]

	enfermeiro (rácio enfermeiro/doente, carga horária)				
11.2.5. SNS	Reflexões críticas do entrevistado a aspetos relacionados serviço nacional de saúde (SNS)/ administração regional de saúde/ ministério da saúde que interferem com o desempenho profissional do enfermeiro	7/13	3/8	1/2	“porque falamos muito de prevenção, mas o próprio estado, o próprio governo aposta pouco nisso e quando diz no papel que aposta na realidade não o faz.” [13G1]
11.3. Políticas sociais	Posicionamento crítico do entrevistado relativamente às políticas sociais				
11.3.1. Licença parentalidade	Reflexões críticas do entrevistado a aspetos relacionados com as licenças de parentalidade	1/3	0/0	0/0	“a nível da licença de maternidade conseguimos que o período neonatal seja todo abarcado, mas a nível de licença de paternidade não é obrigatório que o período neonatal seja todo abarcado, ou seja, temos pais homens que só estão metade do período neonatal a acompanhar os filhos.” [3G1]
11.4. Sobre o enfermeiro	Posicionamento crítico do entrevistado sobre o papel do enfermeiro				
11.4.1. Atuação do enfermeiro	Referências/ reflexões do entrevistado sobre a atuação do enfermeiro nos seus contextos profissionais				
11.4.1.1. Aproveitar momentos de crise	Referências do entrevistado à oportunidade que os momentos de crise dão para desenvolver, enaltecer o papel do enfermeiro	1/1	3/3	0/0	“isto significa que em momentos de crise em momentos de crise nós temos que reverter as crises a nosso favor” [2G1]
11.4.1.2. Área de ação	Posicionamento crítico do entrevistado sobre a área de ação, campo de ação do enfermeiro	1/3	6/15	2/2	“depois de saber o que é a enfermagem, eu tenho que conseguir reconhecer o que é para dar, ser respondido pelos enfermeiros, ou não. Se é para ser respondido pelos enfermeiros, eu tenho que apresentar a resposta.” [4G2]
11.4.1.3. Atuação do enfermeiro em geral	Referências/ reflexões do entrevistado sobre a atuação do	4/14	6/27	5/10	“quanto mais nós estivermos pertos destas- das mães, capazes de lhe passar esta informação eh

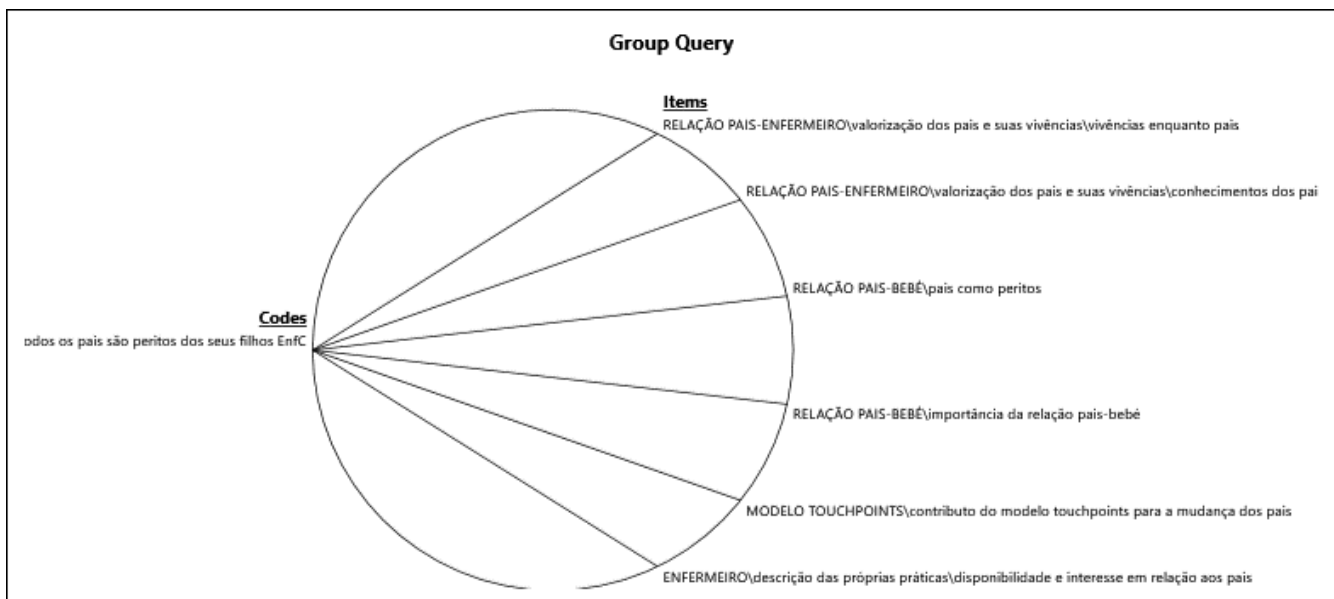
	enfermeiro nos seus contextos profissionais em geral				bem trabalhada, bom que elas entendam, porque eu tenho receio que nós não passemos. Sabemos muito, mas passamos pouco” [3G2]
11.4.1.4. <u>Sobre a relação com os pais</u>	Referências/ reflexões do entrevistado sobre a relação do enfermeiro com os pais nos seus contextos profissionais	0/0	2/3	4/5	“não estabelecem relação nenhuma com a equipa de enfermagem... Há pais que entram, fazem o que querem fazer e... E não estabelecemos relação porque não querem. E claro, quando não querem, também a nossa barra não esforça” [12G1]
11.4.1.5. <u>Valorização da atuação precoce</u>	Referências à valorização do papel do enfermeiro na avaliação/identificação/ encaminhamento precoce	1/1	1/1	0/0	“nós encaminhamos mais precocemente, digamos assim. Porque aqui é a enfermeira que aplica” [10G1]
11.4.2. Valorização do enfermeiro	Referências/ posicionamento crítico do entrevistado relativamente à valorização do enfermeiro				
11.4.2.1. <u>Perceção da valorização do enfermeiro pelas pessoas</u>	Referências do entrevistado à forma como vivencia/sente o reconhecimento do papel do enfermeiro pelas pessoas em geral	1/2	5/12	2/3	“infelizmente eu acho que as pessoas só olham para os enfermeiros quando estão doentes, só acham que o enfermeiro existe, ou precisam dele, quando nós estamos doentes, e o enfermeiro tem um papel muito importante na promoção da saúde” [9G2]
11.4.2.2. <u>Valorização pelo enfermeiro</u>	Referências/ posicionamento crítico do entrevistado referindo que os enfermeiros se deviam valorizar mais/ valorizando o papel do enfermeiro	2/6	3/9	1/1	“os enfermeiros têm que fazer sobressair, fazer realçar muito aquilo que são as suas competências específicas, [...] se ficarem restritos a um conjunto de atividades muito clássicas, muito hm que estão na fotografia há muitos anos ficaram sempre associados a essa imagem.” [2G1]

**APÊNDICE G: MATRIZES E CONSULTAS (“CODING MATRICES” E
“QUERIES” NVIVO)**

- Exemplo de Matriz

Categoria Formação entre pares	Fontes G1	Fontes G2	Fontes G3
<u>Atitude colaborativa</u>	6	0	0
<u>Atualizar conduta</u>	1	0	0
<u>Conflituosa</u>	1	0	0
<u>Contributo ambivalente</u>	0	2	1
<u>Contributo inespecífico</u>	8	5	4
<u>Formação para qualquer coisa</u>	1	0	0
<u>Fundamental</u>	0	0	1
<u>Gera formação individual</u>	0	3	0
<u>Impacto nos cuidados</u>	0	5	2
<u>Impacto relativo</u>	2	0	0
<u>Influência sobre a equipa</u>	8	9	6
<u>Integração</u>	2	4	1
<u>Melhoria contínua</u>	1	0	0
<u>Partilha entre colegas</u>	5	7	5
<u>Pouco impacto</u>	2	1	2
<u>Reflexão</u>	1	0	0
<u>Serviços deviam apostar na formação entre pares</u>	0	1	0
<u>Servir de exemplo</u>	0	6	3

- Exemplo de Consulta



**ANEXO A: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 24 de Outubro de 2013 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto denominado "Contributo do Modelo Touchpoints para os cuidados de enfermagem na transição para a parentalidade" de Ana Cristina de Magalhães Rosas.

Analisado do ponto de vista ético o projecto de tese não suscita objecções à sua realização.

Foi, em consequência deliberado, por unanimidade, que não se identificam objecções éticas que impeçam a aprovação deste projecto.

Lisboa, 24 de Outubro de 2013

Dr.ª Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)

ANEXO B: COREQ CHECK-LIST

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	116
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	127
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	127
Gender	4	Was the researcher male or female?	286
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	127
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	7.3.1.
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	7.3.1.; 286
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	7.5.
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	6.
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	7.1.; 7.3.1.
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	7.1.; 7.3.1
Sample size	12	How many participants were in the study?	7.1.
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	7.3.1.
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	7.3.1.
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	118
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	115; 7.1.
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	277; 118
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	–
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	118
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	–
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	118
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	126
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	–

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	7.3.2.
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	306
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	7.3.1.
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	7.3.1
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	—
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	306; 8.
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	8.
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	8; conclusão
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	8.

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.