



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

**PROMOVER A VINCULAÇÃO SEGURA: O PAPEL DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**PROMOTING SECURE ATTACHMENT: THE ROLE OF THE
SPECIALIZED NURSE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Patrícia Pereira

Lisboa, 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem

área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

**PROMOVER A VINCULAÇÃO SEGURA: O PAPEL DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**PROMOTING SECURE ATTACHMENT: THE ROLE OF THE
SPECIALIZED NURSE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Patrícia Pereira

Orientadora Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2024

"Enquanto pequenino, este menino precisa de todo o teu carinho e protecção. Mais tarde, precisará do teu conselho e da tua orientação. E, um dia, sem estares à espera, precisará de que o deixes partir. Porém, do teu amor, precisará para sempre."

Helen Thomson, citado por Exley, 2005, p.52

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho João, por me fazer querer ter a maior força do mundo e ter compreendido mesmo que pequenino o meu cansaço, ausência e excesso de trabalho, obrigada por todos os abraços e beijinhos nos momentos de desânimo. Dedico-lhe o meu relatório, que embora tenha começado como um projeto profissional, permitiu-me desenvolver novas competências como mãe e futuramente ser cada vez mais responsiva às suas necessidades e compreensiva com os seus sentimentos e opiniões.

Aos meus pais, Ana Cristina e Pedro por me fazerem acreditar que tudo se consegue com trabalho e dedicação e pelas palavras de apoio nos momentos de maior stress pessoal e desânimo.

À Professora Doutora Zaida Charepe, que me orientou ao longo do meu percurso, por todo o carinho, empatia, ensinamentos e por me ter mostrado o melhor caminho a seguir quando por vezes me faltava o rumo.

Às minhas colegas e hoje amigas, Filipa Gonçalves e Catarina Peixoto, por toda a sua generosidade, paciência, partilha e apoio ao longo do meu percurso.

À minha colega Joana Cabrito, que sem ela não teria tido ânimo para prosseguir com o meu percurso académico. O meu sincero obrigado, por todas as palavras de apoio.

Ao meu colega de profissão Paulo de Jesus Pinto, com quem tive o privilégio de cruzar, por toda a aprendizagem que me proporcionou e por me ter facultado os seus poemas.

A cada uma das minhas orientadoras de estágio por toda a disponibilidade e partilha de conhecimentos ao longo dos diferentes contextos.

A todos os colegas de profissão, pais e crianças com quem tive o privilégio de me cruzar e que me permitiram enriquecer o meu conhecimento.

RESUMO

O conceito de vinculação da criança à pessoa de referência além de ser um tema bastante complexo torna-se considerado fundamental durante a prestação de cuidados de enfermagem. Enquanto enfermeira encontro-me numa posição ideal para promover o vínculo seguro entre a pessoa de referência e a criança, e consequentemente despistar manifestações e/ou comportamentos da criança associados a um vínculo inseguro, o que facilitará a intervenção precoce nos cuidados prestados, a criação de estratégias para a parceria de cuidados entre as pessoas de referência/enfermeiro e a implementação de intervenções de enfermagem que promovam esse vínculo.

Torna-se como objetivo principal deste relatório, adquirir competências EESIP, através da análise, da pesquisa sobre a temática da promoção da vinculação e através da reflexão e análise das atividades e do percurso desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente, Unidade de Neonatologia, Urgência Pediátrica e Internamento Pediátrico. Como metodologia adotada, recorreu-se à metodologia de projeto, para definir objetivos específicos e posteriormente as atividades individuais a cada contexto (folhetos, pósteres, sessões de formação e recursos didáticos) após cada diagnóstico situacional estabelecido, visando sempre uma perspetiva de prestação de cuidados de enfermagem de excelência. O trabalho teórico de Kathryn E. Barnard sustentou todo o percurso de desenvolvimento de competências, quer ao nível dos processos de tomada de decisão como na fundamentação dos mesmos.

Ao longo deste relatório estará contemplada uma análise minuciosa de todas as atividades desenvolvidas ao longo dos três contextos de estágio, como por exemplo, a elaboração de sessões para a saúde, pósteres, marcadores, atividades com as crianças: “caixinha os pais contam”, bem como a identificação das competências EESIP adquiridas em cada contexto do Estágio, com base na promoção da vinculação entre a criança/pessoa de referência.

Palavras-chave: crianças; cuidadores; apego; enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

The concept of a child's attachment to a primary caregiver is not only highly complex but also considered fundamental during the provision of nursing care. As a nurse, I find myself in an ideal position to promote a secure bond between the primary caregiver and the child. This allows me to identify manifestations and behaviors in the child associated with an insecure attachment, enabling early intervention in care, devising strategies for partnership in care between the primary caregiver/nurse, and implementing nursing interventions that foster this bond.

The main objective of this report is to acquire Specialist Nurse in Child and Pediatric Health (SNCPH) competencies through analysis, research on the theme of attachment promotion, and reflection on the activities and experiences gained in various internship contexts, namely, Neonatology Unit, Pediatric Emergency, and Pediatric Inpatient Care. The methodology adopted involved project methodology to define specific objectives and subsequent activities tailored to each context (brochures, posters, training sessions, and didactic resources) following each situational diagnosis, always aiming for a perspective of providing excellent nursing care. Kathryn E. Barnard's theoretical work supported the entire skills development journey, both in decision-making processes and their justification.

This report will include a detailed analysis of all activities carried out in the three internship contexts, such as the development of health sessions, posters, bookmarks, activities with children., "parent's storytelling box", as well as the identification of SNCPH competencies acquired in each internship context, based on the promotion of attachment between the child/primary caregiver.

Keywords: children; caregivers; attachment; pediatric nursing.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ESIP - Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

FC - Frequência cardíaca

FR - Frequência respiratória

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

IG - Idade gestacional

JBI - Joanna Briggs Institute

MC - Método Canguru

NCAST - Nursing Child Assessment Satellite Training

OMS - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém-Nascido

RNPT - Recém-nascido prematuro

RNPT's- Recém-nascidos prematuros

RNT - Recém-nascido de termo

SO - Serviço de observação

SU - Serviço de Urgência

SNCPH - Specialist Nurse in Child and Pediatric Health

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UP - Urgência Pediátrica

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	7
RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	13
INTRODUÇÃO	19
1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA	21
1.1. PROMOVER A VINCULAÇÃO SEGURA EM PEDIATRIA	21
1.1.1. MODELO DE INTERAÇÃO DA APRECIÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA DE KATHRYN E. BARNARD	21
1.1.2. CONCEITO DE VINCULAÇÃO	23
1.1.3. IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA VINCULAÇÃO ENTRE LATENTE/CRIANÇA E PESSOA DE REFERÊNCIA	28
1.2. INFLUÊNCIA DA VINCULAÇÃO SEGURA ENTRE A CRIANÇA E PESSOA DE REFERÊNCIA DURANTE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UMA SCOPING REVIEW	30
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	33
2.1. CONTEXTO I - UNIDADE DE NEONATOLOGIA	34
2.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO I	34
2.1.2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
2.2. CONTEXTO II - INTERNAMENTO PEDIÁTRICO	48
2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO II	48
2.2.2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	49
2.3. CONTEXTO III - URGÊNCIA PEDIÁTRICA	54
2.3.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO III	54
2.3.2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	55
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	79
ANEXO I - Escalas de Interação Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST)	81
ANEXO II - Certificado de participação “V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”	87
ANEXO III - Certificado de ação de formação: “Promoção da Vinculação Segura durante os cuidados de enfermagem na Urgência Pediátrica”	93
APÊNDICES	97
APÊNDICE I - Influência da vinculação segura entre a criança e a pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica: protocolo de uma Scoping Review	99

APÊNDICE II - Póster científico apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Especializada	145
APÊNDICE III - Marcador sobre Amamentação, dirigido aos cuidadores na Unidade de Neonatologia	149
APÊNDICE IV - Marcador sobre o Método Canguru, dirigido aos cuidadores na UCIP	153
APÊNDICE V - Sessão de educação para a saúde “Promoção da vinculação segura” dirigida aos cuidadores, na UCIP	157
APÊNDICE VI - Plano da sessão de educação para a saúde “Promoção da vinculação segura” dirigida aos cuidadores, na UCIP	165
APÊNDICE VII - “Guia de auxílio aos Cuidadores - Vinculação Segura” no Internamento Pediátrico	169
APÊNDICE VIII - “Folheto informativo para os cuidadores no internamento pediátrico - Vinculação Segura”	177
APÊNDICE IX - Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem pediátrica”, dirigida aos Enfermeiros do Internamento Pediátrico	183
APÊNDICE X - Póster “Promova o conforto e segurança da sua criança”, dirigido aos cuidadores, na UP	191
APÊNDICE XI - Atividade “Caixinha os pais contam”, dirigido aos cuidadores, na UP	197
APÊNDICE XII - Humanização sala de espera da UP	215
APÊNDICE XIII - Sessão de formação “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem na urgência pediátrica”	225
APÊNDICE XIV - Planeamento da sessão de formação “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem na urgência pediátrica” dirigida aos Enfermeiros da UP	233

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Matriz conceptual referente ao Modelo de Barnard (2004, p. 547)	22
Figura 2 - Modelo de Apreciação da Saúde da Criança (2004, p. 549)	23
Figura 3 - Reencontro entre mãe e filho após análise de vínculos seguros/inseguros (2015, p. 7)	27
Figura 4 - A relação pais e filhos durante o período da infância (2015, p. 153)	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados do questionário referente à sessão formativa “ <i>Promoção de uma Vinculação Segura</i> ”, dirigido aos enfermeiros na UCIN	47
Gráfico 2 - Resultados do questionário de satisfação referente à sessão formativa “ <i>Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem na urgência pediátrica</i> ”, dirigido aos enfermeiros na UP	65

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular: *“Estágio Final e Relatório”*, no ano letivo 2022/2023, do 3.º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Lisboa.

Esta unidade curricular compreende um total de 360 horas de contacto em estágio, dividido em três contextos distintos (Unidade de Neonatologia, Urgência Pediátrica (UP) e Internamento Pediátrico), a uma média de 24 horas por semana de contacto e 15 horas de trabalho individual.

Torna-se como objetivo principal do relatório, analisar as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso formativo, com enfoque na temática acerca da promoção da vinculação .

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: *“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Foi realizado ao longo dos diferentes contextos de estágio um projeto individual, que me permitiu identificar o diagnóstico situacional, através de um problema identificado durante a primeira semana de contacto com o contexto e consequentemente nomear estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta abordagem proporciona *“(...) ao estudante oportunidades de desenvolvimento pela prática clínica na área da especialização, numa perspetiva académica e profissional avançada, orientada por objetivos de aprendizagem.”* (Lourenço, M. et al , 2022. p.3).

O tema deste relatório: *“Promover a vinculação segura: O papel do enfermeiro especialista”* foi escolhido por mim por ser um tema de grande interesse pessoal e profissional. A vinculação da criança à pessoa de referência além de ser um tema bastante complexo, torna-se considerado fundamental durante a prestação de cuidados de

enfermagem. Enquanto enfermeira encontro-me numa posição ideal para promover o vínculo seguro entre a pessoa de referência e a criança, e consequentemente poder despistar algum vínculo inseguro que possa existir e que facilitará a intervenção precoce nos cuidados. A criação de estratégias para a parceria de cuidados entre as pessoas de referência/enfermeiro e a implementação de intervenções de enfermagem que promovam esse vínculo, foram alvo de análise ao longo deste percurso de aprendizagem.

Este relatório encontra-se então dividido em quatro capítulos, para além dos anexos e apêndices. No primeiro capítulo, Fundamentação conceptual e teórica em que abordarei o trabalho teórico desenvolvido por Kathryn E. Barnard (1987) que sustentará o meu percurso, assim como o conceito de vinculação e ainda, uma breve apresentação da revisão de literatura realizada sobre a temática transversal ao relatório de estágio em análise.

No segundo capítulo, denominado como percurso de desenvolvimento de competências, farei uma breve contextualização do trabalho desenvolvido nos diferentes contextos de estágio e a descrição de todo o percurso efetuado, com base na Metodologia do Projeto (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010) e enfoque no desenvolvimento de competências de EESIP.

No terceiro capítulo apresentarei as considerações finais e no quarto capítulo as referências bibliográficas.

Nos anexos e apêndices encontram-se todas as atividades e documentação realizadas nos diferentes contextos de estágio.

As referências bibliográficas foram realizadas segundo a Norma APA, 7ª edição.

1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA

Ao longo do capítulo da fundamentação conceptual e teórica, que foi dividido em dois subcapítulos - no ponto 1.1. irei fazer uma breve abordagem ao Modelo de Interação da Apreciação da Saúde da Criança de Barnard (1994), que foi o referencial teórico utilizado para fundamentar a minha prática clínica; no ponto 1.2. será apresentada a revisão de literatura realizada sobre a temática.

1.1. PROMOVER A VINCULAÇÃO SEGURA EM PEDIATRIA

1.1.1. MODELO DE INTERAÇÃO DA APRECIAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA DE KATHRYN E. BARNARD

Kathryn E. Barnard, PhD, RN, FAAN, professora de Enfermagem na Universidade de Washington, realizou pesquisas sobre o desenvolvimento infantil precoce ao nível da prática clínica e desenvolveu métodos para avaliar o comportamento de crianças e pais. Para avaliar a interação pais-filhos, como preditor do desenvolvimento cognitivo e linguístico posterior, desenvolveu as escalas de Interação Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) (Barnard Center for Infant & Early Childhood Mental Health) publicadas no site barnardcenter.nursing.uw.edu (Anexo I).

Barnard é considerada como uma pioneira na área de saúde mental infantil e como uma investigadora visionária que contribuiu para a ciência da enfermagem. A sua determinação ajudou os enfermeiros a promoverem a interação entre pais e filhos, com recurso à sua teoria e das NCAST (Nubia, 2023).

Esta teórica teve um papel importante na enfermagem e o seu legado, torna-se relevante na construção deste projeto, uma vez que o foco principal do seu trabalho de investigação assenta no “(...) *desenvolvimento de instrumentos de apreciação para avaliar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo que se vê os pais e a criança como sistema interativo*” (Barnard, K. 1994, citado por Alligood et al. 2004, p. 546).

Barnard estabeleceu que as interações de uma mãe com o seu recém-nascido podem ter consequências significativas no desenvolvimento social, cognitivo e comportamental de uma criança, e desenvolveu uma escala de Interação Pai-Filhos, que vai ajudá-los a

identificar determinados comportamentos que podem influenciar no desenvolvimento da criança a médio e a longo prazo (Weinstock, 2015).

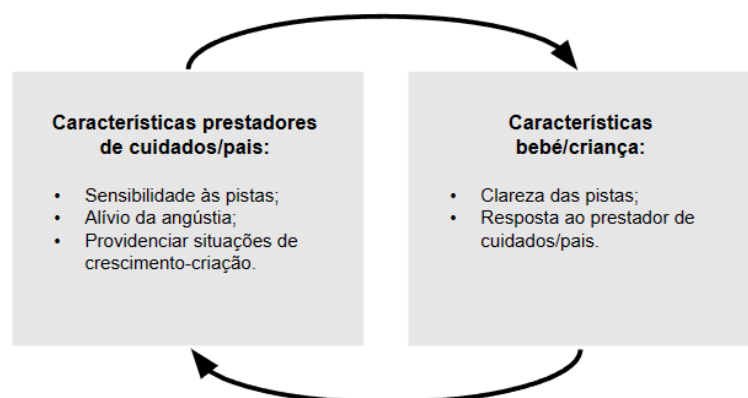
Barnard definiu todos os termos do diagrama que se encontra abaixo (Figura 1), em que define:

Características do bebé/criança como: clareza das pistas, *“Para participar numa relação em sincronia, o bebé deve enviar pistas ao seu prestador de cuidados assinalando desejos de tomar parte ou não na interação”* (Barnard, K. 1994, citada por Alligood et al., 2004, p. 546), resposta do bebé ao prestador de cuidados; *“Capacidade do bebé para responder às tentativas do prestador de cuidados para comunicar e interagir”*, que poderão ser como o parar de chorar, a vocalização ou o sorriso (Barnard, K. 1994, citada por Alligood et al., 2004. p. 546).

Características do prestador de cuidados como: sensibilidade às pistas, *“Capacidade que o prestador tem para reconhecer e responder às pistas da criança.”* (Barnard, K. 1994, citada por Alligood et al., 2004. p. 547), alívio da angústia, *“Capacidade do prestador de cuidados para apaziguar ou acalmar uma criança angustiada”* (Barnard, K. 1994, citada por Alligood et al., 2004, p. 547), providenciar situações de crescimento-educação, *“O prestador de cuidados fornece um ambiente de apoio usando a voz, o tom, o toque e o movimento.”* (Barnard, K. 1994, citada por Alligood et al., 2004, p. 547).

Tal como se verifica na Figura 1, a “quebra” na seta é representada na imagem como *“(…) uma interrupção no processo adaptativo que provoca uma quebra na interação ”* (Barnard, K. 1994 citada por Alligood et al., 2004, p. 547).

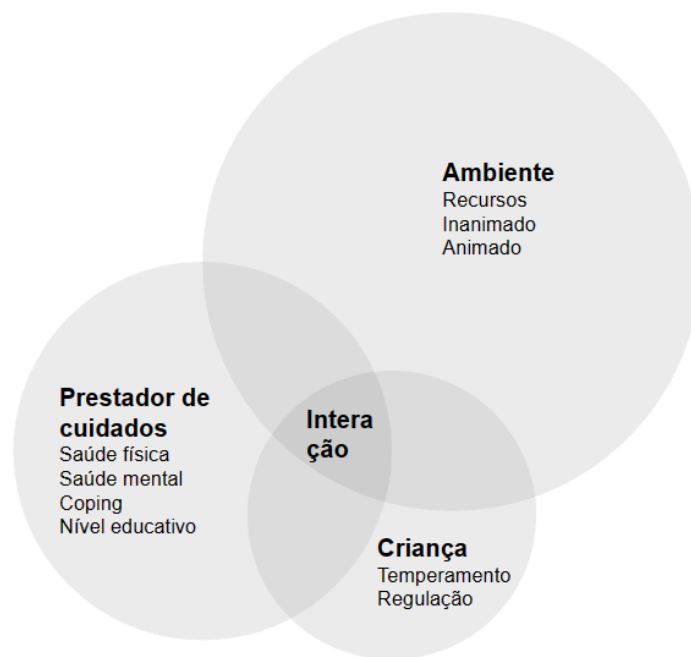
Figura 1 - Matriz conceptual referente ao Modelo de Barnard



(Adaptado de Barnard, 1994, citada por Alligood et al., 2004, p. 547)

Para ilustrar a Teoria de Barnard foi desenvolvido o “*Modelo de Interação da Apreciação da Saúde da Criança*” (Figura 2), em que é definido um círculo pequeno para a Criança e as suas características, um círculo do prestador de cuidados e as suas características e, um círculo maior do Ambiente, da criança e do prestador de cuidados. Onde os círculos se sobrepõem representa a interação entre os conceitos: Criança, Prestador de Cuidados e Ambiente (Alligood, 2004).

Figura 2 - Modelo de Apreciação da Saúde da Criança



(Adaptado de Barnard, 1994, citada por Alligood et al., 2004, p. 549)

1.1.2. CONCEITO DE VINCULAÇÃO

Segundo Bowlby (1944), o sistema de vinculação entre os bebês e os cuidadores enquanto estratégia comportamental tem como função garantir a sua sobrevivência (Nascimento, 2016). Naturalmente “ (...) o bebê irá formar uma relação de vinculação com o seu cuidador, procurando-o em momentos de ameaça e perigo e, com vista a encontrar conforto e segurança” (Gonçalves, M. 2019, p.1).

Através das repetidas interações com a pessoa de referência, a criança irá perceber o que esperar dos outros, ao mesmo tempo que vai ajustando o seu comportamento a essas

expectativas, formando então o que Bowlby (1982) designa como modelos internos dinâmicos (Gonçalves, 2019).

Estes modelos de relação que a criança constrói, irão orientá-la na percepção e forma de se comportar com os outros, e irão influenciar as suas relações interpessoais futuras (Gonçalves, 2019). *“As relações de vinculação têm uma continuidade ao longo da vida, começando com os pais/cuidadores e continuando com amigos e, posteriormente, com os parceiros românticos”* (Bowlby, J. 1982, citado por Gonçalves, M. 2019, p.1).

Bowlby (1994), considerou a vinculação como uma ligação emocional, quando o cuidador está afastado, aumenta a ansiedade do bebé por se sentir desprotegido, e ativa o sistema de vinculação para que o cuidador se aproxime, através de comportamentos de vinculação (o chorar e/ou o agarrar) que se denomina por protesto de separação (Nascimento, 2016). Quando se encontra perto, o bebé baixa os níveis de ansiedade, e aumenta a sensação de segurança, amor e confiança, desativando assim o sistema de vinculação e ativando outros sistemas comportamentais (Bowlby, 1982, citado por Gonçalves, 2019).

Bowlby (1944), conclui, que o objetivo do sistema de vinculação é a manutenção da proximidade. Quando existe uma separação ou uma situação ameaçadora, a procura de proximidade é intensificada, que se denomina como *“porto seguro”* (Nascimento, 2016). Quando o bebé consegue obter essa proximidade e o consolo emocional do cuidador, poderá diminuir os níveis de ansiedade e por consequência aumentar os níveis de confiança através da presença do cuidador, acabando por investir energia noutros comportamentos, demonstrando a componente vinculação de base segura (Nascimento, 2016). Deste modo, *“(...)a criança e, posteriormente, o adolescente, fortalece os seus comportamentos de exploração do meio envolvente e desenvolve a sua autonomia e identidade”* (Bowlby, 1988; Silva, Morgado & Maroco, 2012 citado por Monteiro, M. 2019, p. 2).

Em contrapartida, a não satisfação dessas necessidades leva ao desenvolvimento de modelos internos dinâmicos marcados por desconfiança e falta de autoestima. (Bowlby, 1973, citado por Claro, et al. 2018).

Em 1978, Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, citado por Gonçalves (2019) desenvolveram um procedimento laboratorial, ao qual deram o nome de *“situação estranha”*, com o objetivo de observar o comportamento das crianças e da interação com as suas mães. A partir desta experiência, identificaram três tipos de padrões de vinculação na infância que

se organizam em duas categorias, a vinculação segura e a vinculação insegura (que pode ser ansiosa-ambivalente e evitante). Esta divisão por categorias mostra a forma como as crianças captam “(...) a disponibilidade da figura de vinculação em momentos de procura de conforto ou proteção e como organiza as suas respostas tendo em conta estas percepções” (Gonçalves, M. 2019, p. 6).

Assim, o grupo de crianças com um padrão seguro apresentou “(...) um comportamento mais positivo na presença da mãe, sendo as interações mais harmoniosas e as crianças mais cooperantes e disponíveis” (Ainsworth 1978, citado por Gonçalves, M. 2019, p. 7). Estas crianças têm a capacidade de ver a mãe como base segura de forma a poderem explorar o ambiente e deixarem-se consolar por esta, após a separação (Ainsworth 1978, citado por Gonçalves, 2019). Os cuidadores das crianças de base segura mostram-se disponíveis e responsivos às suas necessidades e são capazes de confortá-las ou de as proteger em momentos de ameaça (Gonçalves, 2019).

O grupo de crianças com um padrão ansioso/ambivalente revelou uma maior ansiedade quando separadas da mãe e não demonstrou confiança na disponibilidade e responsividade da mãe, o que faz com que não a consiga usar como base segura para a exploração do ambiente desconhecido ao seu redor (Ainsworth et al., 1978, citado por Gonçalves, 2019): “Quando a mãe se ausenta, a criança tende a reagir de forma muito intensa, com choro imparável e stress, e com o seu regresso não se acalma facilmente, procurando e rejeitando, simultaneamente, o contacto” (Ainsworth et al., 1978, citado por Gonçalves, M. 2019, p. 7).

O grupo de crianças com um padrão evitante demonstram um comportamento evitante perante a mãe em momentos de separação e de reencontro, não expressam angústia ou choro na separação, continuando a sua exploração do meio. Quando a mãe regressa e procura interagir com a criança, esta vai desviar o olhar e afasta-se e, “(...) mesmo em momentos em que a criança procura a mãe, logo a seguir quebra o contato visual e distancia-se.” (Gonçalves, M. 2019, p. 7). Este padrão “(...) surge como uma estratégia para lidar com o conflito perante a mãe, evitando o contato e dirigindo mesmo a sua raiva à figura de vinculação de forma a proteger-se de rejeições futuras por parte desta” (Ainsworth et al., 1978, citado por, Gonçalves, M. 2019, p. 7).

Os estudos que examinam a regulação das emoções na “situação estranha” concentram-se exclusivamente nas respostas da criança. As crianças dos três grupos de classificação não

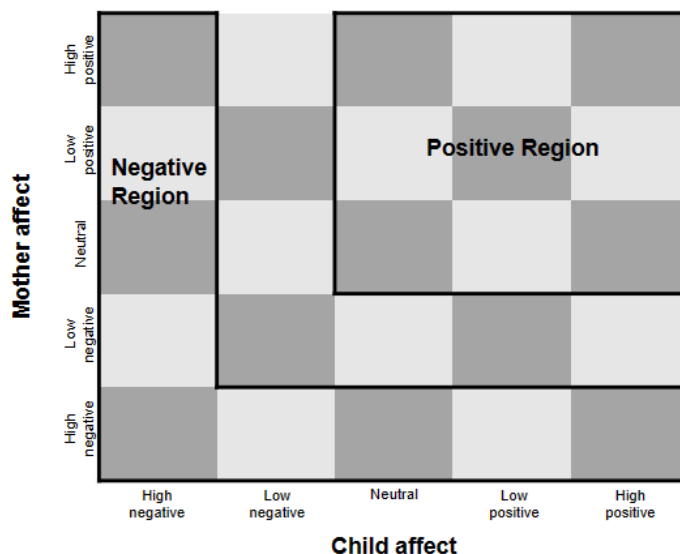
diferem na proporção do tempo em que demonstram o sentimento de raiva, no entanto, crianças no grupo vinculação ansiosa-ambivalente mostraram mais tristeza e menos interesse que crianças seguras (Shiller, Izard & Hembree, 1986, citado por Barnard, et al., 2015).

Connel e Thompson (1986), citado por Barnard, et al. (2015), investigaram a relação entre a emoção e a interação social na “*situação estranha*”. A emoção negativa da criança no episódio final da separação, prevê o comportamento de interação social com a mãe (procura de proximidade, manutenção do contato ou resistência à interação), durante o episódio de reencontro subsequente.

Segundo Barnard, et al. (2015), os estudos anteriores apenas fornecem evidências de que as emoções das crianças podem desempenhar um papel crítico na regulação do comportamento interativo com as mães na “*situação estranha*”, mas não abordam como as mães influenciam as respostas emocionais dos filhos. Barnard, et al. (2015), desenvolve a partir destas premissas o estudo intitulado “*An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation*”, onde examinou a regulação das emoções na díade mãe-criança durante a “*situação estranha*”. Concluiu que durante o desenvolvimento emocional nas crianças de menor idade, os pais desempenham um papel crucial na sua regulação emocional, e que por sua vez as crianças também evocam simultaneamente emoções nos seus pais (Eisenberg, Spinrad & Eggum 2010, citados por Barnard, et al., 2015). A interação emocional recíproca entre pais e filhos quando experienciada em situação de stress, ativa o sistema de apego da criança, como é o caso da “*situação estranha*”, sendo de extrema importância e raramente analisada.

Após definir-se uma amostra de 40 díades com vinculação segura e 40 díades com vinculação insegura, definiu 5 códigos usados para a mãe e filho após os reencontros entre ambos (Figura 3), “*high positive*” que se referia a prazer, felicidade e excitação, “*low positive*”, referia-se a emoção positiva subtil transmitindo interesse e validação, “*neutral*”, referia-se a uma ausência de qualquer afeto positivo ou negativo, “*low negative*”, referia-se a uma angústia subtil e “*high negative*”, referia-se a sentimentos como medo, tristeza, raiva e desprezo (Barnard, et al., 2015).

Figura 3 - Reencontro entre mãe e filho após análise de vínculos seguros/inseguros



(Adaptado de Barnard et al., 2015, p. 7)

A diferença mais pronunciada entre os grupos com vinculação segura e os grupos com vinculação insegura, foi na magnitude da mudança de expressão de emoções positivas e negativas durante a recuperação do stress de separação no episódio final do reencontro. A representação de uma díade segura a uma figura de apego responsiva permite a expressão de emoções positivas e negativas abertamente e livremente, durante e após experiências stressantes, enquanto, a representação de uma díade insegura inibe ou exagera emoções negativas para maximizar a atenção da figura de apego evitante ou inconscientemente indisponível (Barnard, et al, 2015).

Em outra publicação anterior, Barnard, et. al. (1999) afirma que existem evidências de que padrões negativos de interação mãe-filho, são mais propensos a ocorrer em famílias que estão em alto risco social devido a desvantagens sociais ou económicas. Mães de ambientes socioeconomicamente desfavorecidos tendem a ser menos estimulantes e menos responsivas, e mais restritivas e controladoras, do que mães de ambientes de classe média.

Barnard, et. al. (1999), afirma que crianças e pais chegam a um relacionamento com capacidades e necessidades únicas, e que essa reciprocidade na relação é estabelecida quando os atributos únicos da criança e dos pais se fundem em interações mutuamente satisfatórias sustentadas ao longo do tempo. Durante o primeiro ano de idade de uma criança, a relação da criança com os pais é caracterizada pela segurança e confiança, ou

pela falta dessa segurança. A qualidade da relação pais-filho afeta significativamente o desenvolvimento de habilidades cognitivas, linguísticas e sócio emocionais da criança à medida que progride para a infância. Os sentimentos de competência e confiança dos pais e o sentimento emergente de autoestima da criança formam-se na infância em torno de questões de individuação e das habilidades dos pais para estabelecer limites e se envolver numa disciplina eficaz.

A teoria da vinculação apoia a premissa de que os padrões de regulação emocional são estabelecidos nos primeiros relacionamentos de apego. Estas primeiras experiências de apego fornecem um contexto importante para que as crianças desenvolvam e interiorizem as funções regulatórias mais complexas (Sroufe 1996; 2005, citado por Barnard et al., 2015).

As crianças com uma vinculação segura têm experiências de apego mais positivas, que lhes permite expressar emoções negativas de forma ativa e construtiva e receber conforto do cuidador para resolvê-las, por sua vez, crianças com uma vinculação insegura são mais propensas a inibir ou exagerar demonstrações negativas (Barnard, et al., 2015). Ainda segundo esta autora, a capacidade de regular as emoções e agir de acordo com os padrões sociais é uma das características críticas do desenvolvimento infantil (Barnard et al., 2015). Em síntese, uma criança segura é aquela que comunica abertamente emoções positivas e negativas a uma mãe que é sensível e receptiva às necessidades emocionais desta, enquanto que, por outro lado uma criança insegura apresenta uma comunicação restrita a uma mãe que o rejeita e despreza (Bowlby, 1969, citado por Barnard et al., 2015).

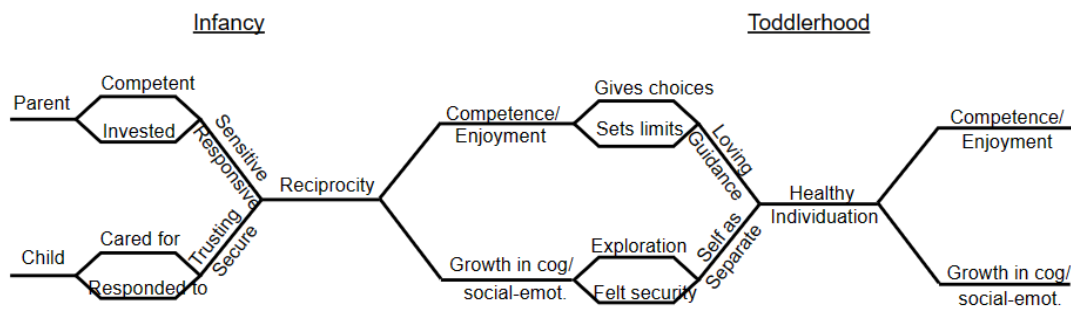
1.1.3. IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA VINCULAÇÃO ENTRE LATENTE/CRIANÇA E PESSOA DE REFERÊNCIA

Segundo pesquisas de Mahoney et al. (1998), citado por Barnard et al. (1999), os efeitos de intervenção no desenvolvimento infantil não ocorrem a menos que os pais aumentem o seu nível de comportamento responsivo aos seus filhos pequenos (Figura 4).

Para melhorar então, o desenvolvimento infantil tem de existir uma intervenção precoce e facilitar a qualidade das relações entre pais e filhos. Assim, a intervenção deve ser orientada para as características individuais dos pais e dos filhos à medida que se avança no

desenvolvimento. Os pais e a equipe de saúde devem identificar em conjunto metas para a díade pais-filhos e consequentemente, projetar e implementar um plano de intervenção para atingir esses objetivos e melhorar a relação, e não apenas metas dirigidas às crianças (Barnard. et al., 1999).

Figura 4 - A relação pais e filhos durante o período da infância



(Adaptado de Barnard et al., 2015, p. 153)

Para permitir dar aos pais um *feedback* construtivo visando melhorar a relação pai-filho, devemos disponibilizar-lhes suporte formativo sobre o comportamento infantil, as pistas, os estados, a importância de uma capacidade de resposta contingente, o relacionamento de apego e individuação, a identificação de comportamentos sociais e emocionais para um crescimento e uma educação eficaz. Sem esse conhecimento, é muito mais confortável concentrar as atividades direcionadas à criança com enfoque nas interações positivas, empáticas e de aceitação do que tentar fornecer esse *feedback* construtivo aos pais sobre a relação pai-filho (Barnard et al., 1999).

No primeiro ano de vida, os bebês humanos são biologicamente preparados para desenvolver vínculos primários com os seus pais, de quem procuram conforto e nutrição, e que são críticos para o desenvolvimento da capacidade reguladora precoce. Os maus-tratos e múltiplas mudanças no cuidado resultam em rupturas das relações primárias de apego que são críticas para o posterior funcionamento social e emocional (Fleming et al., 2012).

Em geral, mães com baixo nível de educação, pouco suporte, múltiplos problemas crônicos ou uma vida com muito stress, tendem a ter interações com os seus filhos menos ideais que mães sem nenhuma dificuldade. A melhor forma de melhorar a interação entre a mãe-filho

é, provavelmente, dotar as mães de conhecimentos acerca desta dinâmica por forma a se adaptarem às diferentes circunstâncias da vida (Barnard et al., 1987).

1.2. INFLUÊNCIA DA VINCULAÇÃO SEGURA ENTRE A CRIANÇA E PESSOA DE REFERÊNCIA DURANTE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UMA SCOPING REVIEW

A vinculação da criança à pessoa de referência é um conceito complexo, mas considerado fundamental durante a prestação de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros encontram-se numa posição ideal para promover o vínculo seguro na díade e para despistar algum vínculo inseguro que possa existir, facilitando a intervenção precoce nos cuidados, a criação de estratégias para a parceria de cuidados entre as pessoas de referência/enfermeiro e a implementação de intervenções de enfermagem que promovam esse vínculo. Bowlby (1994), considera a vinculação como uma ligação emocional, quando o cuidador está afastado, aumenta a ansiedade do bebé por se sentir desprotegido, e ativa o sistema de vinculação para que o cuidador se aproxime, através de comportamentos como o chorar e o agarrar (Nascimento, 2016). Quando existe uma separação ou uma situação ameaçadora, a procura de proximidade é intensificada (porto seguro) (Nascimento, 2016). Quando o bebé consegue obter essa proximidade e o consolo emocional do cuidador, diminui os níveis de ansiedade e por consequência aumenta os níveis de confiança, demonstrando a componente vinculação de base segura (Nascimento, 2016), deste modo “(...) *a criança e, posteriormente, o adolescente, fortalece os seus comportamentos de exploração do meio envolvente e desenvolve a sua autonomia e identidade*” (Morgado & Maroco, 2012, citado por Monteiro, M. 2019, p.2). Ainsworth, Blehar, Waters & Wall (1978), identificaram três tipos de padrões de vinculação na infância que se organizam em duas categorias, a vinculação segura e a vinculação insegura (que pode ser ansiosa-ambivalente ou evitante), que mostram a forma como as crianças captam “(...) *a disponibilidade da figura de vinculação em momentos de procura de conforto ou proteção e como organiza as suas respostas tendo em conta estas percepções (...)*” (Gonçalves, M. 2019, p.6).

A scoping review seguiu o protocolo preconizado pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (2020), tendo como título: “Influência da vinculação segura entre a criança e pessoa de

referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica: uma *Scoping Review*.”
(Apêndice I)

O objetivo desta scoping review, foi mapear a evidência científica disponível sobre a influência da vinculação segura aos cuidadores (mãe/pai/pessoa de referência) durante os cuidados de enfermagem pediátrica.

Foram incluídos estudos que pudessem responder aos objetivos e à questão de revisão: “Qual a influência da vinculação segura entre a criança e pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica?”. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas CINAHL Complete, PUBMED e MEDLINE Complete, via EBSCO. Usaram-se os termos de forma individual ou em combinação: ("Child, Hospitalized" OR "Infant, Hospitalized" OR "Infant, Newborn" OR Infant OR Child OR Adolescent OR "Adolescent, Hospitalized") AND ("Object Attachment" OR "Attachment Behavior") AND (Inpatients OR "Community Health Services" OR "Community Health Centers").

A análise foi realizada por três revisores independentes, durante os meses de outubro e novembro de 2022. Foram incluídos estudos qualitativos, quantitativos, mistos, revisões sistemáticas, e estudos publicados no idioma, espanhol, português e inglês com base nos critérios de inclusão (estudos cuja população seja constituída por crianças dos 0 aos 18 anos, sujeitos a cuidados de saúde de enfermagem e que abordam o conceito de vinculação das crianças às pessoas de referência). Não foi limitada temporalmente a pesquisa. A pesquisa foi efetuada segundo o acrônimo PCC:

P (População): Crianças dos 0 aos 18 anos;

C (Conceito): Vinculação às pessoas de referência;

C (Contexto): Todos os contextos de cuidados de saúde à criança.

Foram obtidos 128 estudos, após remoção de duplicados, da exclusão por título e pelo abstract, identificaram-se 35 para revisão de texto integral e análise de critérios de elegibilidade. Após a leitura do texto integral resultou uma amostra de 5 estudos, que responderam aos critérios de inclusão. Os diferentes resultados obtidos apontam para as estratégias do profissional conseguir distinguir os diversos tipos de vínculos (Venta et al.,

2014), estratégias para a sua promoção (Venta et al., 2014), a sua influência no desenvolvimento infantil (Schafer, 2011; Venta et al., 2014 e 2015; Obadina, 2013), os inúmeros benefícios da amamentação (Scherl et al., 2006), a comunicação e o apoio emocional às pessoas de referência para ajudar a criar estratégias para compreender as pistas e poderem ser mais responsivos às suas crianças e, a promoção da parceria de cuidados entre os enfermeiros/pessoas de referências (Venta et al., 2014 ; Schafer, 2011).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial para ajudar a estabelecer o vínculo seguro em qualquer faixa etária infanto-juvenil, durante o internamento, na comunidade ou em contexto de urgência, para educar e capacitar as pessoas de referência para uma melhoria contínua dos cuidados. Torna-se possível observar os efeitos do vínculo seguro na díade e enumerar benefícios para o desenvolvimento infantil, como a capacidade de enfrentarem situações de stress, medo e procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança. Destaca-se ainda, a capacidade das crianças se autorregularem emocionalmente e serem socialmente mais produtivas. O vínculo seguro permite que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e em momentos de exaustão.

No âmbito desta scoping review procedeu-se à elaboração de um póster científico (Apêndice II), que foi apresentado no “*V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo*”, realizado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorreu no dia 25 de novembro de 2021. Em anexo encontra-se o respectivo certificado de participação (Anexo II).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Do percurso académico desenvolvido para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, incluem-se os vários estágios desenvolvidos em diversos contextos - Unidade de Neonatologia, Serviço de Internamento Pediátrico e Urgência Pediátrica. Os diferentes contextos de estágio decorreram entre 5 de setembro de 2022 e 03 de fevereiro de 2023 (ao longo de 15 semanas) e compreenderam um total de 360 horas de contacto em estágio, divididas pelos três contextos clínicos distintos. Compreenderam ainda, 350 horas de trabalho autónomo, 20 horas para orientação tutorial e 20 horas de seminário.

De modo a aprofundar a temática por mim escolhida, pela sua pertinência e importância no desenvolvimento infantil, explicarei neste capítulo a relação entre a evidência científica consultada e as atividades desenvolvidas ao longo dos três diferentes contextos neste percurso até à sua elaboração e/ou implementação).

Salienta-se a importância da teoria de Barnard (1987; 1999; 2015) que serviu como pilar teórico para a fundamentação das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, assim como os resultados da scoping review realizada. Esta revisão foi realizada como suporte teórico ao relatório de estágio, por forma a mapear o conhecimento disponível acerca da vinculação e da importância da sua promoção durante os cuidados de saúde pediátricos.

Foi definido como objetivo geral comum a todos os campos de estágio: Contribuir para a qualidade de cuidados prestados à família com enfoque no desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção de uma vinculação segura na comunidade infantil e respectivo núcleo familiar. Seguidamente elaborei um projeto em cada estágio, com objetivos específicos em cada um dos contextos, delineado de forma personalizada e individualizada de maneira a explicar as atividades desenvolvidas para a sua operacionalização.

A realização destes projetos de Estágio permitiu-me identificar, durante a primeira semana de estágio, o diagnóstico situacional, através de um problema real identificado e nomear estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Foram então constituídos por 5 etapas: Diagnóstico da Situação, Definição de Objetivos, Planeamento das atividades, Execução e Avaliação e Divulgação dos Resultados (Ferrito et al., 2010).

Paralelamente à elaboração dos projetos específicos em cada contexto de estágio, foi elaborado um portfólio no final de cada um, com o objetivo de descrever as atividades desenvolvidas, permitindo identificar as competências do EESIP adquiridas com a operacionalização das mesmas.

O capítulo: Percurso de desenvolvimento de competências será dividido em três subcapítulos: Contexto I - Unidade de Neonatologia, Contexto II - Serviço de Internamento Pediátrico e Contexto III - Urgência Pediátrica.

2.1. CONTEXTO I - UNIDADE DE NEONATOLOGIA

2.1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO I

O primeiro contexto de estágio integrado nesta unidade curricular, foi realizado na Unidade de Neonatologia de um hospital localizado em Lisboa, teve a duração de 120 horas de contato durante o período de 05 de setembro até 07 de outubro.

A Unidade de Neonatologia, compreende um total de setenta e quatro enfermeiros distribuídos por cinco equipas de enfermagem e uma enfermeira em funções de gestão. Da equipa vinte e nove enfermeiros têm a Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), um enfermeiro tem a Especialidade em Médico-cirúrgica - Cuidados Paliativos, um enfermeiro tem a Especialidade em Médico-cirúrgica - Pessoa Situação Crítica, um enfermeiro tem a Especialidade em Reabilitação e um enfermeiro tem a Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A equipa de Enfermagem é então distribuída pelas duas Unidades integrantes: a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais que preconiza um total de onze incubadoras e a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN) com um total de doze incubadoras e oito berços.

Durante a minha permanência na Unidade, o meu estágio decorreu na UCIN. Esta unidade é composta por uma sala de enfermagem, onde se encontra disponível toda a medicação e material para uso, por uma sala de preparação de leites, previamente preparados pelo Banco de Leite Humano, existente no hospital, e por um anexo onde se inclui uma

incubadora extra, que é usada pelos profissionais de saúde para procedimentos dolorosos e sempre que for necessária.

Esta Unidade atua em complementaridade, com outra Unidade do país em diferentes áreas de diferenciação, no aconselhamento Pré-Natal; na multi gemelaridade e monocorionicidade; no acompanhamento pós-natal das intervenções fetais; na restrição de crescimento fetal; na grande e extrema prematuridade; nos cuidados neuroprotetores; na ventilação protetora e doença pulmonar crônica da prematuridade; na nutrição entérica e parentérica; na hipotermia induzida e cirurgia neonatal (geral, urológica, neuro cirúrgica, ortopédica e otorrinolaringológica), sendo a Unidade de referência a nível nacional; na síndrome de intestino curto de instalação neonatal; nos cuidados paliativos peri e neonatais.

2.1.2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No primeiro dia de início ao estágio na Unidade de Neonatologia, foi me questionado pelo segundo elemento da equipa de enfermagem, qual seria a melhor Unidade (Cuidados Intensivos Neonatais ou UCIN) para a realização do meu projeto de estágio.

Face ao tempo limitado de contato tornou-se pertinente para mim optar por maioritariamente realizar turnos na UCIN. uma vez que neste contexto a interação pais/bebé não estaria tão comprometida e, tornar-se-ia possível trabalhar a promoção de uma vinculação segura do recém-nascido (RN) à sua pessoa de referência.

Realizei ainda no dia 03/10/22 um turno de observação na Unidade Cuidados Intensivos Neonatais, para compreender a dinâmica e as particularidades desta unidade e das necessidades em cuidados de enfermagem dos recém-nascidos prematuros (RNPT's).

Iniciei então, dia 05/09/22 o estágio na UCIN e, após reflexão com a enfermeira orientadora, selecionamos para efeitos da promoção da vinculação segura, o recurso aos momentos de amamentação e do Método Canguru (MC). Foi então identificado como diagnóstico situacional: *“O comprometimento da relação de vinculação interfere no desenvolvimento da criança”*.

Foi identificada a importância em abordar o tema sobre vinculação, numa perspetiva de auxiliar as mães na boa pega à mama e da importância da prática do MC, focando nos seus

benefícios para a criação do vínculo seguro na díade. Por forma a conseguir fundamentar as minhas atividades e consequentemente atingir competências de EESIP durante o contexto de estágio, foi mobilizado as seguintes perspectivas teóricas: o “*Modelo de Interação Pais-Filhos*” (Barnard et al., 2015); e os resultados da revisão de literatura realizada, já mencionada no capítulo 1 deste relatório.

Para descrever os benefícios e realizar corretamente o MC, recorri ao protocolo da Unidade, e a outras referências bibliográficas disponíveis. E para auxiliar na boa pega e identificar os benefícios da amamentação, além de ter recorrido a Kathryn E. Barnard através das escalas de Interação NCAST, recorri também ao “*Manual de Aleitamento Materno*” da Unicef (Levy et al., 2012).

Os problemas parcelares identificados durante a primeira semana de contato foram:

- Mãe e o seu RN na UCIN são precocemente separados à nascença;
- Grande dificuldade na amamentação durante o período de internamento na UCIN;
- Confronto dos pais com realidade: bebé imaginário vs bebé real.

Para conseguir organizar o meu projeto de estágio de forma mais coesa e objetiva, determinei algumas prioridades durante a primeira semana de estágio:

- Conhecimento e integração da estrutura organizacional da Unidade de Neonatologia:
 - Reunião com a Enfermeira em funções de chefia e com a Enfermeira orientadora, sobre a estrutura organizacional e física da Unidade de Neonatologia;
 - Visita às instalações da Unidade de Neonatologia;
 - Apresentação à Enfermeira Orientadora da ficha e guia da unidade curricular: “*Estágio Final e Relatório*”;
 - Conhecimento do Regulamento Interno da Unidade de Neonatologia;
 - Reunião com a Enfermeira Orientadora, para conhecer as suas áreas de atuação da Unidade de Neonatologia - Cuidados Intermédios Neonatais.

- Identificação de quais as famílias para a sua referenciação nas sessões formativas em planeamento, considerando como critério de inclusão: pais de RNs prematuros que podem beneficiar do MC;
- Identificação das mães que beneficiarão de uma sessão de educação acerca da promoção do vínculo seguro através da amamentação;
- Realização da sessão de educação para a saúde dirigida a mães que amamentam o seu RN, acerca dos contributos da vinculação segura para o crescimento e desenvolvimento do RN.

Mediante o diagnóstico situacional e considerando o objetivo geral, comum a todos os contextos de estágio, *“Contribuir para a qualidade de cuidados prestados à família com enfoque no desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção de uma vinculação segura na comunidade infantil e respetivo núcleo familiar”*, foi definido como objetivo específico:

1. Promover a vinculação segura de forma sistemática durante os cuidados ao recém-nascido prematuro (RNPT) e recém-nascido de termo (RNT) prestados pelas pessoas de referência.

As atividades definidas para a sua concretização foram:

- *Observação da interação dos cuidadores com os RN internados.*

Durante o período de estágio procurei adequar os conhecimentos teóricos à minha prática clínica, durante a prestação de cuidados de enfermagem ao RN e ao respetivo núcleo familiar.

Procurei ainda, transmitir tranquilidade aos pais, desmistificando medos, através da escuta ativa e através da realização de ensinamentos apropriados.

- *Capacitação das mães para a amamentação durante a prestação de cuidados ao RN durante o internamento na Unidade de Neonatologia.*

Durante a prestação de cuidados aos RNs, foram identificadas dificuldades sentidas pelas mães associadas à prática de amamentação. Foi necessário auxiliá-las durante o

procedimento, alternando com ensinamentos acerca do treino para uma boa pega, respeitando o ritmo da mãe e do RN.

A amamentação é um grande promotor do vínculo seguro na díade, embora "*A decisão de amamentar é uma decisão pessoal*" (Levy et al., 2012, p. 10), mas ao mesmo tempo cabe aos Enfermeiros, em particular aos EESIP, alertar e desmistificar dúvidas para que as mães possam escolher ou não amamentar o seu RN, sem fatores que possam influenciar a decisão de não amamentar por déficit de informação ou falta de ajuda dos profissionais de saúde.

Durante as primeiras semanas de contacto no estágio a minha prática debruçou-se maioritariamente sobre os RNT e RNPT, que se encontravam no berçário e, foi-me possível observar que as dificuldades comuns a quase todas as puérperas incidiam na dificuldade em amamentar o seu RN, sendo que o não conseguirem uma boa pega promovia a sua insegurança e ansiedade, tanto nas mães e RN como nos pais que prestavam cuidados ao seu RN. Foi também procurado explicar às mães dos RN prematuros que ainda tinham reflexos de sucção e deglutição débeis devido à idade gestacional (IG), que poderiam na mesma colocar o seu RN junto da mama para estimular a produção de ocitocina através do contacto pele-com-pele e, consequentemente aumentar o aporte de leite.

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, que se adequa a quase todos os recém-nascidos (Levy et al., 2012). Em neonatologia muitas vezes a amamentação não pode ser iniciada desde o nascimento, pela IG do RNPT e/ou pela sua situação clínica, tendo de ser avaliado primeiramente o RNPT por um profissional de saúde. Levy et al. (2012), enumerou vários benefícios da amamentação para o RN e para a mãe, dos quais:

Benefícios para o RN:

- Prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca;
- Melhor adaptação a outros alimentos;
- A longo prazo previne a diabetes e linfomas.

Benefícios para a mãe:

- Facilitação da involução uterina mais precoce;

- Menor probabilidade de cancro da mama.

O consenso dos pediatras para o sucesso do aleitamento materno refere que a duração ideal do aleitamento materno exclusivo, seja de 6 meses (Levy et al., 2012). No entanto, segundo o Levy, et al. (2012), para que a amamentação exclusiva até aos 6 meses ocorra é necessário que o bebé tenha um bom estado nutricional, que aumente de peso de maneira adequada e que tenha um bom desenvolvimento psicomotor.

O sucesso do aleitamento materno pode ser também definido pela qualidade da interação da mãe e do bebé, durante a mamada, que proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a díade (Levy et al., 2012).

O aleitamento materno promove um vínculo seguro entre a mãe e o seu RN, tanto a mãe como o bebé emitem sinais um ao outro, que dão origem a comportamentos de resposta contingentes e adequados, conduzindo a uma adaptação mútua cada vez mais rica e complexa (Levy et al., 2012).

Para que este sucesso na amamentação ocorra tem de se ter em consideração três fatores como uma decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação assim como, o suporte na amamentação (Levy et al., 2012).

A prematuridade traz consigo inúmeras consequências e relativamente à alimentação do RNPT - RN que nasce antes de completar 37 semanas de gestação (Kenner, 2001, citado por Duarte, 2018): com IG inferior às 26s o sistema gastrointestinal é imaturo e existe uma incapacidade para mamar; entre as 26s e 30s o RNPT têm reflexo de sucção presente, mas com défice organizacional e incapacidade para mamar na mama; entre as 30s e 33s têm coordenação do reflexo de sucção com a deglutição, uma sucção rítmica que começa a aparecer mais coordenada e organização das respostas comportamentais e estado, relativamente e estímulos complexos de alimentação; entre as 33s e as 37s têm capacidade para se alimentar, têm coordenação do reflexo de sucção com a deglutição e respiração, mas alimentação total por via oral ainda pode estar limitada, e o padrão de alimentação na mama começa a delinear-se (Pacheco, 2001 citado por Duarte, 2018).

Durante o meu período de estágio disponibilizei apoio a 10 mães durante o momento de alimentação do seu RN, promovendo a boa pega, sempre que os RNs tinham presentes os reflexos de sucção e deglutição e, quando devido a IG tinham esses reflexos débeis explicando estratégias para poder promover futuramente uma boa pega à mama e

promovendo o sucesso na amamentação e aumento do aporte de leite através da libertação de ocitocina.

- *Promoção da vinculação segura através da prática do MC*

O MC assume-se como um grande promotor da vinculação tal como a amamentação, uma vez que mediante alguns critérios pré-selecionados das características do RN que beneficiam deste método, promove-se desde cedo o contacto pele-com-pele. Na UCIN devido à Pandemia SARS-CoV-2, o MC tornou-se uma prática menos comum, pelo que abordar e desmistificar dúvidas sobre o tema aos cuidadores, tornou-se de especial importância.

O MC, Método Mãe Canguru (MMC) ou Kangaroo Mother Care (KMC) contribui para a redução da mortalidade infantil e favorecer o desenvolvimento da criança e da família em contexto de prematuridade (Costa & Monticelli, 2005 citado por Spehar et al., 2013). É descrito segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma assistência neonatal centrada no bebé prematuro, que implica colocar o bebé em contacto pele a pele com a sua mãe (OMS, 2004 citado por Lamy et al., 2005).

Este método, foi criado em 1979 na Colômbia para dar resposta a uma superlotação e a uma insuficiência de recursos nas unidades de cuidados intensivos neonatais, que estavam ligados a elevados índices de morbilidade e mortalidade nos recém-nascidos de baixo peso (Charpak et al., 2005 citado por Spehar et al., 2013). Nestas Unidades encontravam-se muitas vezes, dois ou mais recém-nascidos na mesma incubadora (Charpak, 1999, citado por Lamy et al., 2005).

Inicialmente este método consistia em colocar o bebê entre as mamas da mãe, em contato pele com pele, ficando o ventre do bebê em contato com o corpo da mãe, posicionamento denominado “*posição canguru*” (Spehar et al., 2013), em posição vertical, usada de forma preventiva para refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar (Lamy et al., 2005, citado por Duarte, 2018). Observou-se que mantendo o bebé no corpo da mãe, este poderia sair cedo da incubadora e, conseqüentemente, ter uma alta hospitalar precoce, diminuindo a exposição a infecções hospitalares (Lamy et al., 2005, citado por Spehar et al., 2013).

Segundo Duarte (2018), quando o MC é iniciado durante a primeira semana de vida do RNPT, está associado a uma redução de 51% na mortalidade (Moore et al. 2012),

evidenciando também uma redução de 40% no risco de mortalidade após a alta, de 60% na infecção e de 80% na hipotermia (Lawn et al., 2010).

A interação precoce entre a mãe e o seu bebê é influenciada pelas expectativas que a mãe tem durante a gravidez em relação ao seu novo bebê. Quando os bebês nascem prematuramente, existe uma discrepância entre as representações da mãe sobre o seu filho durante a gravidez e a realidade da prematuridade. Os RNPT não estão tão preparados para responder a estímulos sociais como os bebês nascidos a termo, e o seu comportamento é muitas vezes ambíguo e desorganizado, consequentemente difícil de ser interpretado pela mãe e difícil de corresponder às suas expectativas (Tallandini et al., 2006).

Além disso, as incubadoras para os RNPT criam uma distância física maior que bebês nascidos a termo, cujas mães possam segurá-los imediatamente nos braços, satisfazendo as necessidades mútuas (Tallandini et al., 2006).

Kapson et al. (1960) citado por Tallandini et al. (2006), observaram que mães de RNPT experienciam uma reação ao trauma do parto prematuro, e este período crítico é caracterizado por problemas psicológicos e comportamentais, como depressão, ansiedade e hostilidade. Muitas mães de RNPT têm dificuldade em criar laços com os seus filhos, especialmente imediatamente após o nascimento (Niven et al., 1993, citado por Tallandini et al., 2006). Estas mães vivenciam um sentimento de decepção e desvalorização de si mesmas, sentindo-se uma ameaça para os seus RNPT e incapazes de protegê-los (Montauti, 1986, citado por Tallandini et al., 2006).

O MC, ao enfatizar o contato físico, pode ajudar a superar algumas das dificuldades psicológicas que as mães enfrentam durante este período e ajudar a mitigar a sensação de perda provocada pelo parto prematuro, uma vez que passam a ser estas a cuidar dos seus bebês (Whitelaw, 1990, citado por Tallandini et al., 2006).

A prematuridade é considerado um fator de risco para o desenvolvimento posterior da criança, não só do ponto de vista neurobiológico mas também, do ponto de vista psicopatológico, devido ao longo período de separação imposto das suas mães, que a prematuridade requer (Klaus et al. 1972 citado por Tallandini et al., 2006).

Wille (1991), citado por Tallandini et al. (2006) descobriu que bebês de 1 ano de idade nascidos prematuramente demonstraram com mais frequência um vínculo inseguro às suas mães do que bebês nascidos a termo. Cox et al. (2000), citado por Tallandini et al. (2006)

descobriram que por si só a prematuridade não conduz ao vínculo inseguro, mas sim o fator determinante reside nos problemas físicos associados ao nascimento prematuro.

É importante que os pais sejam envolvidos nos cuidados aos RNPT's para estimular o desenvolvimento precoce do papel parental (Als et al. 2003; Buchler et al. 1995; Minde 2000 citado por Tallandini et al., 2006).

Os RNPT's que são então, separados das suas mães devido a hospitalizações, necessitam de intervenções que os ajudem a alterar o ambiente onde se encontram e a favorecer a interação mãe-bebê (Nubia, 2023). Segundo Nubia (2023), esta evidência poderá ser complementada pela teoria desenvolvida por Kathryn Barnard no “Modelo de Interação da Apreciação da Saúde da Criança”, já abordado anteriormente no “Capítulo 1” do presente Relatório, no ponto “1.1.1”.

Segundo o estudo de Nubia (2023), sobre a massagem ao bebê em MC, para que ocorra uma boa interação mãe-bebê tem de se analisar os pressupostos necessários face à luz da Teoria de Barnard, que correspondem à capacidade de resposta: a clareza dos sinais transmitidos pelo bebê em MC, a capacidade da mãe em aliviar o desconforto do seu bebê e o crescimento sócio emocional.

Quanto à clareza dos sinais transmitidos pelos bebês em MC destacam-se o tempo que o bebê se encontra em MC, a temperatura corporal e o seu ganho de peso. O MC praticado por 8 horas por dia, de forma intermitente, interfere no crescimento e na redução da morbidade em bebês com baixo peso ao nascer (Nubia, 2023). No estudo desta autora, foi possível observar que o MC, praticado apenas por 90 minutos durante 6 dias, demonstrou ser eficaz para a estabilização dos sinais vitais na UCIN, o início precoce da alimentação e o aumento de peso. O MC demonstra reduzir a mortalidade neonatal, sendo um método seguro e acessível para manter a temperatura dos RNTP em ambientes hospitalares, e por consequência reduzir o risco de hipotermia nos RNTP.

Quanto aos sinais transmitidos pelos bebês em MC, esta mesma autora fala na evicção da alimentação oral forçada quando os bebês estão a dormir, portanto, torna-se crucial avaliar os estados de comportamento e as características do lactente para a preparação da alimentação oral (Nubia, 2023).

As mães têm como característica a capacidade de aliviar o desconforto do filho, sendo o MC um acréscimo, ao ter um efeito protetor que melhora a receptividade das mães para

com seus filhos e a autoeficácia para amamentar. Hess et al. (2004) citado por Nubia, L. (2023), refere que os sentimentos maternos mais ligados à autoeficácia estão associados a consequências positivas para a criação dos filhos, facilitam a transição para a maternidade, diminuem a depressão materna, reduzem a tendência a interpretar crianças como "difíceis" e aumentam a satisfação em relação ao apoio social recebido.

Quanto ao crescimento sócio emocional, Nubia (2023) apenas refere que o MC está associado à redução do risco de sintomas depressivos maternos no pós-parto, de moderados a severos.

Em suma, graças à capacidade da mãe e da criança de se adaptarem uma à outra, referenciada na Teoria de Barnard, o bebê em MC consegue mais facilmente, transmitir sinais claros à mãe e, a mãe é capaz de responder mais facilmente aos sinais do bebê. A mãe consegue fortalecer-se e acreditar em si mesma (autoeficácia), minimizando o risco de depressão pós-parto (Nubia, 2023).

Como benefícios associados ao MC destacam-se a não separação entre o bebê e os pais, que se vão tornar parceiros nos cuidados (Nyqvist et al., 2010 citado por, Spehar et al., 2013); aumento da interação e do apego dos pais ao RN; redução de sintomas maternos de depressão pós-parto; possibilidade de aumento de competências maternas e empoderamento dos pais através da redução do stress e ansiedade; e, da maior percepção de dificuldades sentidas por estes nos cuidados ao RN, passando a tornar-se mais sensíveis às necessidades do filho (Spehar et al., 2013).

Destacam-se ainda como benefícios associados ao MC o prolongamento do tempo de aleitamento materno, a melhoria da recuperação ponderal e uma redução na duração do internamento e da necessidade de recursos humanos (Lima et al., 2000, citado por Duarte, 2018). O contato pele com pele é ainda, um estimulante para a lactação materna após o parto prematuro, uma vez que favorece a produção de ocitocina materna (Nissen et al., 1995, citado por Tallandini et al., 2006) e, aumenta o volume de leite materno (Hurst et al., 1997, citado por Tallandini et al., 2006), sendo as mães de RNPT's em MC mais propensas a amamentar exclusivamente comparativamente, a RNPT's em cuidados na incubadora (Charpak et al., 1998, citado por Tallandini et al., 2006).

Pode ainda favorecer a maturação do sistema nervoso autónomo e do ritmo circadiano do bebê, melhorando o sono, principalmente o sono profundo, o qual é fundamental para o

desenvolvimento e organização cerebral do RNPT, haverá uma maior conservação de energia e consequente um aumento ponderal (Duarte, 2018).

O MC favorece também a redução de sinais de dor, principalmente durante procedimentos dolorosos (Kostandy et al., 2008; Johnston et al., 2008, citado por Duarte, 2018).

O nascimento prematuro e a hospitalização do bebê, podem levar a mãe a questionar-se sobre a capacidade de cuidar do seu filho e consequentemente influenciar nas futuras interações mãe-bebê. Segundo Duarte (2018), os benefícios do MC foram agrupados em três categorias, para o bebê como:

- Manutenção da temperatura corporal;
- Estabilidade da frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR);
- Melhor oxigenação;
- Diminuição do stress e agitação;
- Efeito analgésico;
- Maior calma e tranquilidade, com menores períodos de choro;
- Mais tranquilos e profundos períodos de sono;
- Aumento ponderal facilitado;
- Melhor adaptação à mama durante a amamentação;
- Promoção do desenvolvimento comportamental.

Para os pais:

- Promoção do relaxamento;
- Aumento da confiança na capacidade parental;
- Aumento da disponibilidade e confiança para a alta hospitalar do bebê;
- Vinculação segura entre pais e filhos;
- As mães apresentam maior sucesso na amamentação e um maior aporte de leite.

Outros benefícios do MC:

- Menor percentagem de morte neonatal;
- Menor percentagem de mortalidade pós-alta;
- Menor tempo de internamento hospitalar;
- Diminuição de infecção hospitalar.

O contacto pele a pele com o bebé pode então contribuir para uma elaboração positiva da crise de nascimento e da hospitalização do bebé prematuro (Lamy et al., 2005; Tallandini e Scalembra, 2006, citado por, Spehar et al., 2013).

Segundo Duarte (2018), o MC caracteriza-se por ser uma estratégia complementar aos cuidados amplamente medicalizados, o que promove o conhecimento integral do RNPT pelos seus pais.

Para Seidman et al. e Chan et al. (2016), referenciado Duarte (2018), o MC deverá ter em conta:

- 1 - os pais e/ou as famílias, por serem os principais cuidadores dos RN's, devendo ser envolvidos na tomada de decisão e na prática dos cuidados;
- 2 - os profissionais de saúde, fundamentais para formar e educar os pais/famílias sobre os cuidados prestados ao RN e na prática e implementação do MC;
- 3 - as instalações, tanto nas unidades de saúde como no domicílio, por poderem dificultar o vínculo e o envolvimento parental, tanto como na falta de privacidade, na ausência dos pais/família, na falta de conhecimento acerca do MC e sua importância, por parte dos pais/família e profissionais de saúde e na falta de tempo e in experiência por parte dos profissionais de saúde e as condições físicas inadequadas à prática do MC.

Durante o meu período de estágio pude realizar observação ao MC durante o turno realizado na sala de incubadoras num RNPT.

- *Realização de uma sessão de educação para a promoção do vínculo seguro através da amamentação e MC*

Procurou-se junto das mães o seu interesse em participar na sessão de educação para a promoção do vínculo seguro através da amamentação e o MC (Apêndice V) . Após a identificação das mesmas, planeou-se a sessão a partir das necessidades formativas das mães, previamente identificadas durante a prestação de cuidados. Os conteúdos ministrados na sessão foram os seguintes:

- Vinculação Segura;
- Amamentação (Boa pega e sucesso na amamentação; benefícios);
- Método Canguru (Como fazer; benefícios).

Optei em conjunto com a Enfermeira Orientadora realizar uma única sessão de educação para a Promoção da Vinculação Segura com as duas temáticas: MC e amamentação, devido ao tempo reduzido deste estágio, dirigida a todos os pais previamente informados e em concordância com a sessão de educação, que se encontravam na sala de berços durante a última semana de estágio. Nesta ação de formação, realizada no dia 07/10/2022 contamos com a participação de sete mães e dois pais. Após uma breve apresentação sobre a promoção de uma vinculação segura, do seu conceito e das técnicas mais eficazes na Unidade, neste caso, o MC e a amamentação, foram formados 2 grupos de trabalho, conforme segue no plano de sessão.

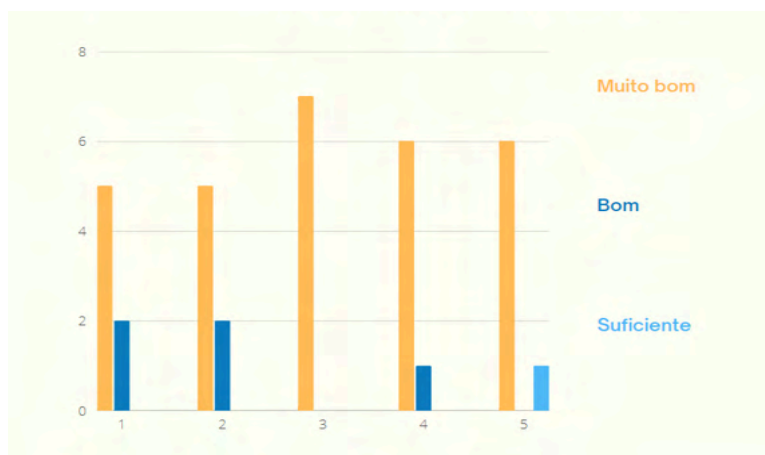
No final da sessão, foram entregues aos pais marcadores realizados por mim, sobre a amamentação (Apêndice III) e o MC (Apêndice IV). Pretendi, com a sua elaboração que após a alta do RN da UCIN os pais pudessem ter um guia de consulta em caso do surgimento das dúvidas, para reduzir stress aumentando a receptividade e disponibilidade aos seus RN, promovendo o vínculo seguro.

Foi elaborado um questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde “*Promoção de uma Vinculação Segura*”, entregue no final da sessão aos pais, com as seguintes questões:

1. Achou útil a realização desta sessão?
2. Relativamente à sessão, como classifica a sua organização?
3. Relativamente às Enfermeiras, quão explícitas foram a demonstrar as técnicas corretas da amamentação e do método canguru?
4. Relativamente à técnica do método canguru, quão útil foi para esclarecer as suas dúvidas?
5. Relativamente à técnica da amamentação, quão útil foi para esclarecer as suas dúvidas?

As questões foram então avaliadas em Muito Bom, Bom, Suficiente e Insuficiente, os resultados são então, apresentados no gráfico seguinte (Gráfico 1):

Gráfico 1 - Resultados do questionário referente à sessão formativa “*Promoção de uma Vinculação Segura*”, dirigido aos enfermeiros na UCIN



Embora o curto espaço de tempo em que decorreu o contexto de estágio pude observar que com as atividades desenvolvidas, nomeadamente os marcadores informativos e a sessão de educação, que o grupo de pais participante, mostraram-se mais calmos e informados, maioritariamente na amamentação, nos dias seguintes que permaneceram no serviço mostraram ter mais confiança na amamentação ao seu RN, tanto a mãe como o pai, que conseguia transmitir mais tranquilidade a companheira e ao seu bebé, sendo mais fácil a prática. Procuravam desmistificar medos junto a mim enquanto aluna da ESIP e da Enfermeira Orientadora, referindo conforto e confiança em nós após a sessão. Conferi que a relação terapêutica formada com este grupo de pais durante a sessão foi crucial para fazer do internamento do seu bebé na unidade menos desconfortável e triste.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas considero que consegui alcançar várias unidades de competência, nomeadamente, do ***Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista***: “**A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (...)** **A1.1.** — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. **A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.** **A2.1.** — Promove a proteção dos direitos humanos. **A2.2** — Gere, na equipa, as práticas de cuidados, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. **B1**

— Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. **B1.1.** — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. **B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.** **B3.1.** — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos. **C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.** **C2.2.** — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. **D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.** **D1.1.** — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. **D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.** **D2.1.** — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. **D2.2.** — Suporta a prática clínica em evidência científica. **D2.3.** — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”

E do *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*: “2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. **E2.1.** Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. **E2.2.** Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. **E2.4.** Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” **3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.** **E3.1.** Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. **E3.2.** Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. **E.3.3.** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.”

2.2. CONTEXTO II - INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

2.2.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO II

O segundo contexto de estágio integrado nesta unidade curricular, foi realizado no Internamento Pediátrico de um hospital localizado em Lisboa, teve a duração de 120 horas de contato durante o período de 14 de novembro até 16 de dezembro.

O contexto foi realizado num Serviço de Infeciologia, este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e uma assistente administrativa). compreende um total de vinte e sete enfermeiros distribuídos por seis

equipas de enfermagem e uma enfermeira em funções de gestão. Da equipa, seis enfermeiros têm a ESIP e um enfermeiro tem a Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O serviço compreende um total de sete quartos, em que dois são de isolamento, e um total de onze camas com a possibilidade de existirem cinco camas extra, integradas nos quartos de não isolamento.

A permanência dos pais nesta unidade é de 24 horas, sendo que apenas pode pernoitar um dos pais.

2.2.2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No primeiro dia de início ao estágio no Serviço de Infeciologia, foi-me questionado pela Enfermeira em Funções de Chefia a minha área de atuação para a escolha das enfermeiras que me iriam orientar ao longo do meu projeto e estágio de internamento pediátrico.

Iniciei então, o meu contexto de estágio e após observação da interação na díade (criança/pessoa de referência) e reflexão com a enfermeira orientadora, selecionei como tema a trabalhar para a promoção da vinculação segura, estratégias de promoção do vínculo seguro durante o internamento através de ensinamentos apropriados aos pais e da parceria de cuidados às suas crianças com os enfermeiros.

Tornou-se ainda importante realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem para consolidar conhecimentos e os enfermeiros da unidade, futuramente, ficarem mais despostos a identificar vínculos comprometidos na díade.

Como diagnóstico situacional mantive: *“O comprometimento da relação de vinculação interfere no desenvolvimento da criança”*.

Mais uma vez e por forma a conseguir fundamentar as minhas atividades e consequentemente atingir competências de EESIP durante o contexto de estágio, usei como modelo a Teórica Kathryn E. Barnard com o *“Modelo de Interação Pais-Filhos”* e usei os autores identificados em alguns artigos pertinentes analisados após realização da minha scoping review. Para clarificar o conceito de vinculação recorri também, à Teoria da Vinculação de Bowlby definida na década de 50 e a *“situação estranha”* de Mary Ainsworth em 1960 e examinada pela teórica Kathryn Barnard em 2015.

Os problemas parcelares identificados durante a primeira semana de contato neste contexto foram:

- Uso de tecnologias como estratégia de controlo da dor e a sua limitação ao vínculo seguro na díade;
- Grande dificuldade gestão da ansiedade e medo das crianças pelas pessoas de referência, durante o período de internamento no serviço de infeciologia;
- Dificuldade sentida pelas pessoas de referência em não conseguirem transmitir os seus medos e ansiedades às suas crianças;

Neste contexto, tal como no anterior para conseguir organizar o meu projeto de estágio de forma mais coesa e objetiva determinei algumas prioridades durante a primeira semana de estágio:

- Conhecer e integrar a estrutura organizacional do Serviço de Infeciologia Pediátrica:
 - Reunião com a Enfermeira em funções de chefia e com a Enfermeira orientadora, sobre a estrutura organizacional e física do serviço;
 - Visita às instalações do serviço;
 - Apresentação à Enfermeira Orientadora da ficha e guia da unidade curricular: *“Estágio Final e Relatório”*;
 - Conhecer o Regulamento Interno do serviço;
 - Reunião com a Enfermeira Orientadora, para conhecer as suas áreas de atuação no serviço.
- Clarificar o conceito de vinculação segura para a importância no crescimento e desenvolvimento da criança, à pessoa de referência durante o contexto de estágio.

Mediante o diagnóstico situacional, defini um objetivo geral e dois objetivos específicos para este contexto. Em complementaridade, a sua operacionalização irá visar a aquisição de conhecimento e aptidões para a minha prática clínica enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Objetivo geral:

- *Contribuir para a qualidade de cuidados prestados à família com enfoque no desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção de uma vinculação segura na comunidade infantil e respectivo núcleo familiar.*

Objetivos específicos

1. Promover a vinculação segura das pessoas de referência à criança internada durante os cuidados de enfermagem.
2. Promover a vinculação segura através da capacitação das pessoas de referência para uma melhoria na responsividade aos sinais transmitidos pelas suas crianças.

1. Promover a vinculação segura das pessoas de referência à criança internada durante os cuidados de enfermagem.

As atividades definidas para a sua concretização foram:

- *Observação da interação dos cuidadores com as crianças internadas, com recurso às dimensões do instrumento NCAST de Kathryn E. Barnard e ainda ao levantamento do foco de intervenção: “Vinculação” do Sclínico;*
- *Prestação de cuidados à criança e respectivo núcleo familiar durante o internamento no serviço de infeciologia;*

Durante o meu período de estágio, adequiei os conhecimentos teóricos à minha prática clínica, durante a prestação de cuidados de enfermagem e ao respectivo núcleo familiar.

Procurei ainda, transmitir tranquilidade aos pais, desmistificando medos através da escuta ativa e através do esclarecimento de dúvidas transmitidas pelas pessoas de referência e consequentemente validando a informação que foi por mim transmitida.

Esta observação permitiu-me o levantamento do foco de intervenção: “Vinculação” do Sclínico, de cada criança que achei que pudesse ter um comprometimento ao nível do vínculo com o objetivo de perceber se a avaliação feita por mim tinha fundamentação, uma vez que através da classificação dos vários itens congruentes à faixa etária da criança é possível obter uma classificação que permite analisar um comprometimento ou não no vínculo na díade.

2. Promover a vinculação segura através da capacitação das pessoas de referência para uma melhoria na responsividade aos sinais transmitidos pelas suas crianças.

As **atividades** definidas para a sua concretização foram:

- *Identificação das forças e/ou ameaças percebidas pela pessoa de referência na gestão da dor e do stress da criança durante a permanência no serviço;*
- *Operacionalização de intervenções de enfermagem que visem promover o vínculo seguro criança/pessoa de referência através da parceria de cuidados;*
- *Realização de uma parceria de cuidados enfermeiro/pessoa de referência através de estratégias de controlo da dor e lesão corporal da criança e, de apoio emocional à criança na ansiedade de separação às pessoas de referência;*
- *Observação em contexto de consulta de intervenção precoce na Unidade de Primeira Infância, para conhecer a dinâmica destas consultas e o impacto e benefícios para as famílias;*
- *Elaboração de um “Guia de auxílio aos cuidadores - Vinculação Segura” em código QR (Apêndice VII) para fixação nos quartos de internamento, com intuito integrar a temática no acolhimento da criança e pessoas de referência.*
- *Elaboração “Folheto informativo para os cuidadores no internamento pediátrico - Vinculação Segura” (Apêndice VIII);*
- *Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem: “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem pediátrica” (Apêndice IX), para apresentação do projeto e reflexão com o grupo sobre os recursos disponíveis para a promoção da vinculação segura para uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência.*

Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de ter contato com diferentes famílias e respetivas crianças durante a prestação de cuidados de enfermagem, definindo estratégias para desmistificar medos e inseguranças dos pais face ao internamento das suas crianças, através da escuta ativa, das diferentes brincadeiras com as crianças e de conversas informais. Tive a oportunidade de acompanhar uma criança e sua mãe na realização, fora do centro hospitalar, de sessão em câmara hiperbárica, permitindo perceber a dinâmica

familiar e a responsividade da mãe às necessidades da criança, que se revelou bastante responsiva e atenta.

Toda a minha pesquisa teórica, permitiu-me elaborar o “*Guia de auxílio aos Cuidadores - Vinculação Segura*” para futuramente ser usado como QR code e afixado nos diferentes quartos da unidade de internamento de infeciologia, e para a sua implementação ter sucesso elaborei um “*Folheto informativo para os cuidadores no internamento pediátrico - Vinculação Segura*”.

Por forma a toda a equipa de enfermagem constituinte da Unidade de Infeciologia consolidar os recursos disponibilizados para a promoção da vinculação segura, foi elaborada uma formação em serviço, com o levantamento de recursos. O objetivo desta formação em serviço à equipa de enfermagem, foi apresentar a temática e apresentar os recursos disponíveis para a promoção de uma vinculação segura, através do levantamento do foco de intervenção: “*Vinculação*” do *Sclínico* para a possível identificação dos padrões de comprometimento no vínculo na díade e a aplicabilidade do “*Guia de auxílio aos Cuidadores - Vinculação Segura*” e “*Folheto informativo para os cuidadores no internamento pediátrico - Vinculação Segura*”. No final houve um momento de reflexão em grupo sobre a pertinência e a aplicabilidade futura dos recursos no serviço que se revelou bastante positiva, em que os vários elementos da equipa de enfermagem que fizeram parte desta formação se mostraram disponíveis e interessados no futuro levantamento do foco de intervenção: “*Vinculação*” no *Sclínico*, nos processos de enfermagem das várias crianças internadas e no enfoque na promoção da vinculação segura durante a sua prática de cuidados de enfermagem.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas considero que consegui alcançar várias unidades de competência, nomeadamente, do **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**: “**A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.** **A1.1.** — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. **A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.** **A2.1.** — Promove a proteção dos direitos humanos. **A2.2** — Gere, na equipa, as práticas de cuidados, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. **B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.** **B3.1.** — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos. **C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos**

cuidados. C2.2. — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. **D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. D1.1.** — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. **D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1.** — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. **D2.2.** — Suporta a prática clínica em evidência científica.”

E do **Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**: “**2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.1.** Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. **E2.2.** Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. **E2.4.** Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. **3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1.** Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. **E3.2.** Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. **E.3.3.** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.”

2.3. CONTEXTO III - URGÊNCIA PEDIÁTRICA

2.3.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO III

O terceiro contexto de estágio integrado nesta unidade curricular, foi realizado na UP de um hospital localizado na periferia de Lisboa, teve a duração de 120 horas de contato durante o período de 03 de janeiro a 03 de fevereiro de 2023.

A UP é constituída por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e assistentes administrativos). Conta o apoio de várias valências como: Cirurgia Pediátrica, Neuropediatria, Psicologia, Assistente Social, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ortopedia.

É constituída por a admissão de doentes (dois assistentes administrativos), dois gabinetes de triagem, sendo neste período que se encaminha as crianças com sintomas respiratórios ou não para as duas diferentes salas de espera (respiratórias e não respiratórias), cinco gabinetes médicos, duas salas de tratamentos (respiratórias e não respiratórias), uma sala de inaloterapia, o serviço de observação (SO) - composto por duas salas, cada uma com

três camas, pressupondo-se um período de duração inferior a 48 horas, e por duas salas de reanimação.

A equipa de enfermagem compreende um total de trinta e um enfermeiros distribuídos por cinco equipas de enfermagem, uma Enfermeira Chefe e uma Enfermeira em função de segundo elemento. Da equipa oito enfermeiros têm EESIP e dois enfermeiros têm a Especialidade em Reabilitação.

2.3.2. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No primeiro dia de início ao estágio no UP, foi-me questionado pela Enfermeira em Funções de Chefia a minha área de atuação, tal como nos restantes campos de estágio para a escolha da Enfermeira que me iria orientar ao longo do meu projeto e estágio na UP.

Iniciei então, o meu contexto de estágio dia 04/01 e após observação da interação na diáde (criança/pessoa de referência) durante turnos no posto da triagem e durante conversas informais com a enfermeira orientadora e uma colega EESIP, incluída no “*Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco*”, constatei que o hospital está integrado numa população de risco em que as estatísticas de maus tratos anuais tem vindo a aumentar desde 2018.

Tornou-se então, de extrema importância alertar a equipa de enfermagem da UP da importância da promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem pediátrica e das estratégias e recursos disponíveis para essa promoção e identificação de situações de vínculo comprometido, através de sessões de formação.

Foi identificada a importância em abordar o tema sobre vinculação, numa perspetiva de auxiliar as pessoas de referência a serem mais responsivos às suas crianças promovendo uma alteração de comportamentos com as suas crianças, durante a permanência na UP.

Mantive então como diagnóstico situacional: “*O comprometimento da relação de vinculação interfere no desenvolvimento da criança*”.

Por forma a conseguir fundamentar as minhas atividades e consequentemente atingir competências de EESIP durante o contexto de estágio, usei como modelo a Teórica Kathryn E. Barnard com o “*Modelo de Interação Pais-Filhos*” e usei os autores identificados em alguns artigos pertinentes analisados após realização da minha scoping

review. Para clarificar o conceito de vinculação recorri tal como nos anteriores campos de estágios a Teoria da Vinculação de Bowlby definida na década de 50, assim como a “*situação estranha*” de Mary Ainsworth em 1960 e examinada pela teórica Kathryn Barnard em 2015. Fundamentei as minhas atividades também com bibliografia encontrada sobre a prevenção da dor na criança e com Carta da Criança Hospitalizada.

Os problemas parcelares identificados durante a primeira semana de contato foram:

- Grande dificuldade na gestão da ansiedade e medo das crianças pelas pessoas de referência, durante o período de permanência na UP;
- Dificuldade sentida pelas pessoas de referência em não conseguir transmitir os seus medos e ansiedades às suas crianças, durante os procedimentos dolorosos;
- Prevalência significativa de maus tratos às crianças identificados durante a permanência na UP;
- Prevalência significativa de vínculos comprometidos na díade identificados durante a permanência na UP..

Tal como nos restantes campos de estágio, para conseguir organizar o meu projeto de estágio de forma mais coesa e objetiva determinei algumas prioridades durante a primeira semana de estágio:

- Conhecer e integrar a estrutura organizacional da UP:
 - Reunião com a Enfermeira em funções de chefia e com a Enfermeira orientadora, sobre a estrutura organizacional e física do serviço;
 - Visita às instalações do serviço;
 - Apresentação à Enfermeira Orientadora da ficha e guia da unidade curricular: “*Estágio Final e Relatório*”;
 - Conhecimento do Regulamento Interno do serviço;
 - Reunião com a Enfermeira Orientadora, para conhecer as suas áreas de atuação no serviço.
- Conhecimento sobre as áreas de intervenção do “*Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco*”;
- Elaboração do póster “*Promova o conforto e segurança da sua criança*”, (Apêndice X) para posterior esclarecimento e pertinência para a UP através de ação de formação a equipa de enfermagem;

- Clarificação do conceito de vinculação segura para a importância no crescimento e desenvolvimento da criança, à pessoa de referência durante o contexto de estágio.

Mediante o diagnóstico situacional defini um objetivo geral e três objetivos específicos. Em complementaridade, a sua operacionalização irá visar a aquisição de conhecimento e aptidões para a minha prática clínica enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Objetivo geral

- *Contribuir para a qualidade de cuidados prestados à família com enfoque no desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção de uma vinculação segura na comunidade infantil e respectivo núcleo familiar.*

Objetivos específicos

1. Promover a vinculação segura das pessoas de referência à criança durante a prestação de cuidados de enfermagem na UP;
2. Promover a vinculação segura através da capacitação das pessoas de referência para uma melhoria na responsividade aos sinais transmitidos pelas suas crianças;
3. Identificar as situações de vínculo comprometido e consequentemente de mau trato durante a prestação de cuidados na UP.

- 1. Promover a vinculação segura das pessoas de referência à criança durante a prestação de cuidados de enfermagem na UP.**

As **atividades** definidas para a sua concretização foram:

- *Observação da interação dos cuidadores com as crianças, com recurso às dimensões do instrumento NCAST de Kathryn E. Barnard e ainda ao levantamento do foco: “Papel Parental”, no Soarian.*
- *Prestação de cuidados à criança e respectivo núcleo familiar durante a prestação de cuidados de enfermagem na UP.*

Durante o meu período de estágio, adequei os conhecimentos teóricos à minha prática clínica, durante a prestação de cuidados de enfermagem e ao respectivo núcleo familiar.

Procurei ainda, transmitir tranquilidade aos pais, desmistificando medos através da escuta ativa e através do esclarecimento de dúvidas transmitidas pelas pessoas de referência e consequentemente validando a informação que foi por mim transmitida.

Esta observação permitiu-me observar a existência de uma avaliação, no programa *Soarian* utilizado tanto no SO como na triagem, “*Vigiar Papel Parental Contínua*”, que quando levantada, contempla o “*Vigiar Vinculação*” podendo-se classificar entre: “*Afetuosos, Preocupados, Agressivos, Indiferentes, Outro*” em referência à pessoa de vinculação; contempla ainda a “*Participação dos prestadores de cuidados*” podendo-se classificar entre: “*Colaborantes, Receosos, Pouco Colaborantes, Não Colaborantes, Outro*”. E mediante a classificação registada pelos enfermeiros face à diade pessoa de referência/criança, podemos tentar adaptar a nossa prática clínica, através de várias estratégias tanto de parceria de cuidados entre pessoas de referência/enfermeiro durante a prestação de cuidados de enfermagem que as crianças necessitem, como através da capacitação das pessoas de referência para conseguir identificar os sinais transmitidos pelas suas crianças, desmistificando medos e dúvidas e alterando comportamentos face à responsividade dos pais às emoções por elas transmitidas.

2. Promover a vinculação segura através da capacitação das pessoas de referência para uma melhoria na responsividade aos sinais transmitidos pelas suas crianças.

As **atividades** definidas para a sua concretização foram:

- *Identificação das forças e/ou ameaças percecionadas pela pessoa de referência na gestão da dor e do stress da criança durante os cuidados de enfermagem na UP;*
- *Operacionalização de intervenções de enfermagem que visem promover o vínculo seguro criança/pessoa de referência através da parceria de cuidados:*

Realização de uma parceria de cuidados enfermeiro/pessoa de referência através de estratégias de controlo da dor e lesão corporal da criança e, de apoio emocional à criança na ansiedade de separação às pessoas de referência;

- *Elaboração do póster “Promova o conforto e segurança da sua criança”, que foi afixado na sala de espera na UP (Apêndice X);*

- *Validação com a enfermeira orientadora, enfermeira responsável, enfermeira chefe e a enfermeira EESIP integrada no “Núcleo Hospitalar Contra a Dor”, da pertinência da elaboração da “Caixinha os pais contam”;*
- *Elaboração da “Caixinha os pais contam”* (Apêndice XI);
- *Humanização da sala de espera através da elaboração da animação em poemas infantis promotores da interação entre pessoas de referência/criança de idade escolar.* (Apêndice XII)

Durante os primeiros turnos realizados no estágio de UP, foi possível identificar a dificuldade sentida pelas pessoas de referência em transmitir segurança e tranquilidade à sua criança, maioritariamente em crianças a partir de 1 ano, em que a sucção não nutritiva já não se torna tão eficaz, assim como em crianças em idade pré-escolar e escolar, durante os procedimentos invasivos e não invasivos que necessitam aquando na permanência na urgência.

Como estratégias para conseguir dar a conhecer a temática e a importância da vinculação segura aos cuidadores foi elaborado um poster com alguns conceitos simples, em que para se tornar mais apelativo foi transmitida a informação chave por meio de QR codes. O poster foi afixado na sala de espera da UP geral e teve grande interesse por parte das pessoas de referência enquanto permaneciam na sala de espera.

Outra estratégia implementada na UP foi a elaboração da “Caixinha os pais contam”, direcionados para crianças com idade superior a 1 ano de idade (cartões para identificarem animais com auxílio dos pais), direcionados para crianças em idade pré-escolar: 2-4 anos (cartões com canções infantis para as pessoas de referência cantarem em conjunto com as suas crianças), direcionados para crianças em idade escolar (cartões com jogos e cartões com poemas, para serem igualmente utilizados com auxílio das pessoas de referência). Estes cartões tiveram grande aceitação e interesse por toda a equipa de enfermagem, que se mostrou disponível para passar a utilizar em parceria com as pessoas de referência, tanto no SO como na sala de tratamentos na UP.

A “Caixinha os pais contam” foi incluída na caixa existente na sala de tratamentos como integrante do “Núcleo Hospitalar Contra a Dor”, após sugestão de inclusão desta pela colega que faz parte deste núcleo.

Elaborei ainda alguns cartões em forma de animais e objetos com poemas, para animação da sala de espera da UP geral, para poderem ser lidos durante a permanência das crianças pelas pessoas de referência. Além de ter tornado a sala mais apelativa, espero que traga alguma tranquilidade e segurança para as crianças. E por outro lado, ajudará os pais a manter entretidas as suas crianças durante uma parte do tempo de espera, funcionando como uma estratégia para reduzir os seus níveis de stress e exaustão.

Segundo Abadesso, citado por Oliveira, et al. (2018), *“O alívio da dor é um direito das crianças, um dever dos profissionais de saúde e um indicador de qualidade dos serviços de saúde.”* (p. 9).

A experiência de dor por parte das crianças resulta de um conjunto de três fatores. Dos fatores socioculturais, em que se destacam os modelos de reação à dor, o nível de ansiedade dos seus pais, as crenças culturais e religiosas, a educação. Dos fatores biológicos como a predisposição genética, a idade, o estágio de desenvolvimento, o tipo e extensão da lesão ou da doença associada. E dos fatores psicológicos, como as experiências prévias de dor, a personalidade, as emoções, o medo e ansiedade e também, das estratégias de adaptação adquiridas (Oliveira et al., 2018).

Uma exposição repetida à dor pela criança, poderá alterar as vias de dor no seu cérebro, o que pode levar a uma sensibilidade maior à dor futura e consequentemente um risco acrescido de desenvolver dor crônica na infância e na idade adulta (Oliveira et al., 2018).

As crianças têm o direito ao tratamento da sua dor, segundo a Carta da Criança Hospitalizada (1988): *“Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”*.

Torna-se então de extrema importância que o alívio da dor nas crianças seja uma prioridade de todos os profissionais de saúde e das pessoas de referência que acompanham a criança, adotando-se estratégias de prevenção assim como, de controlo da dor da criança, independentemente da sua idade ou da gravidade da condição clínica.

Os enfermeiros de qualquer unidade pediátrica devem estar disponíveis para capacitar os pais e envolvê-los na prestação de cuidados aos seus filhos, o que irá facilitar o controlo da dor da sua criança (Ferreira et al., 2022).

Para se conseguir avaliar eficazmente a dor nas crianças, o envolvimento dos pais torna-se crucial, pelo conhecimento (à partida) profundo dos seus filhos, sendo eles muitas vezes que alertam os enfermeiros para os primeiros sinais de dor e auxiliam ainda, a decifrar as manifestações das suas crianças e respostas à dor. Os pais deverão ser parceiros nos cuidados ao seu filho e, ser a sua principal fonte de conforto e segurança (Ferreira, et al. 2022).

Segundo, Ferreira et al. (2022), o sucesso do controlo da dor da criança irá depender em grande parte do trabalho de equipa entre os pais e os profissionais de saúde.

Respostas comportamentais à dor por faixa etária:

Nos recém-nascidos e lactentes as respostas à dor podem ser observadas através da expressão facial de desconforto, do choro intenso, de respostas comportamentais, da modificação de comportamentos assim como, de sinais físicos: aumento da frequência cardíaca e respiratória (Oliveira et al., 2018).

Nas crianças de 1 a 3 anos as respostas à dor podem manifestar-se através de choro e gritos, através de uma grande ansiedade, através de algumas palavras como “*ai, ui e dói*” e através da expressão facial e da expressão corporal, como agitação, agressividade ou proteção da zona dolorosa (Oliveira et al., 2018. p. 20).

As crianças de idade pré-escolar (3-6 anos) já conseguem exprimir a dor, manifestam alterações comportamentais através de agitação e agressão física, apresentam grande preocupação com perda de parte do corpo, do medo das agulhas e de procedimentos, acreditam na dor como forma de punição e podem misturar factos reais com a ficção, apresentando um pensamento mágico em relação à dor: “*o beijinho da mamã faz passar o dói-dói...*” (Oliveira et al., 2018. p. 20).

As crianças de idade escolar já necessitam que lhes seja explicado o que irá suceder, conseguem descrever a sua dor e fazer associação entre a dor e a causa, mostram como expressão corporal uma imobilidade e rigidez, uma posição fetal, tentam proteger ou tocar a área dolorosa e podem cerrar os punhos e, mostram como expressão comportamental, uma irritabilidade, uma tristeza, podendo tornar-se zangados, deprimidos ou agressivos; pode haver ainda, uma alteração do padrão de sono (Oliveira et al., 2018).

Os adolescentes precisam de manter a sua autoestima e controlo, podendo não mostrar comportamentos de dor por vergonha, tornando-se difícil uma descodificação facial e percepção da dor, beneficiam com o ensino e as técnicas para controlo da dor. Podem ter a sensação de abandono e a depressão podem ser rapidamente sentidas por este (Oliveira et al., 2018).

Intervenções não farmacológico da dor:

Como intervenções não farmacológicas para o alívio da dor temos as estratégias físicas como:

- As massagens ou toque terapêutico;
- As medidas de confortos;
- Os posicionamentos de conforto, que permitem aos pais ter a oportunidade de reduzir a dor e a ansiedade dos seus filhos durante os procedimentos (ex. Colo dos pais vs técnicas de distração; colo vs aleitamento materno; colo vs sucção não nutritiva e sacarose);
- O contacto pele-a-pele e a contenção com lençol (swaddling) nos lactentes de 0 a 3 meses;
- A sucção não nutritiva e sacarose (superior a 12 meses);
- A aplicação de calor ou frio;
- A aplicação de vibração (Buzzy);
- A acupuntura;
- A acupressão, a reflexologia e a aromaterapia. (Oliveira, A. et al. 2018)

E estratégias psicológicas como:

- A distração, que irá desviar a atenção da criança para longe do estímulo doloroso e em direção ao estímulo agradável e alternativo, que poderá ser em forma de, segundo Oliveira et al. (2018), a música, os desenhos animados, os livros, os jogos, os bonecos, as histórias, as bolas de sabão, os moinhos de vento, contar de trás para a frente, as cantigas, os brinquedos: interativos, com som, luz, ou vibração;
- O estimular a imaginação;
- A informação preparatória, explicando o que vai ocorrer durante o procedimento e, adequado à idade (Oliveira et al., 2018).

Estas intervenções para alívio da dor são eficazes em situações de dor ligeira e de procedimentos dolorosos rápidos, podendo associar-se em complementaridade com medicação analgésica, aumentando o sentimento de controlo da dor e provendo uma maior autonomia da criança e da família - sendo seguras, não invasivas e económicas, tanto as crianças como os pais podem aprender a usá-las (Oliveira et al., 2018).

Para haver uma parceria de cuidados de eficácia entre as pessoas de referência à criança e os enfermeiros, remetemos para as dimensões do instrumento NCAST de Kathryn E. Barnard, em que para que tal ocorra, as pessoas de referência tem de perceber as pistas que são manifestadas pela criança, assim como ter a capacidade de fornecer um ambiente seguro e de apoio que permita acalmar a sua criança (como o tom de voz e o toque) e as crianças têm de ser responsivas às tentativas da sua pessoa de referência, respondendo e interagindo com esta através do, parar de chorar, de vocalizações ou de, sorrisos (Alligood et al., 2004).

3. Identificar as situações de vínculo comprometido e consequentemente de mau trato durante a prestação de cuidados na UP

As **atividades** definidas para a sua concretização foram:

- *Realização de contatos informais com a enfermeira orientadora e enfermeira EESIP integrada no “Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco”, como forma de abordar o despiste de comprometimento no vínculo na diáde e consequente mau trato à criança;*
- *Realização da sessão de formação a todos os elementos da equipa: “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem na urgência pediátrica” (Apêndice XIII), com os seguintes objetivos:*
 - “Sensibilizar para a promoção da vinculação segura;
 - Despistar situações de maus tratos infantil;
 - Divulgar os recursos disponíveis para identificar vínculos comprometidos.”

Primeiramente, tornou-se relevante perceber como funcionava o “Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco” e a incidência do mau trato infantil a nível hospitalar, percebendo o circuito de referenciação das crianças ao núcleo.

Toda a minha pesquisa teórica, permitiu-me relacionar os maus tratos durante a idade pediátrica com o comprometimento da vinculação na diáde.

Foram elaboradas então duas sessões de formação, uma no dia 31/01/2023 e outra no dia 02/02/2023, direccionado a toda a equipa de enfermagem (participaram vinte e seis enfermeiros), com a seguinte ordem de conteúdo pragmático (Apêndice XIV):

- Estratégias para dar a conhecer aos cuidadores/pessoas de referência sobre a temática da vinculação e a incidência de maus tratos à criança nos últimos anos;
- Aspectos do preenchimento na plataforma *Soarian*, da avaliação “Vigiar o papel parental Contínua”;
- Promover a parceria de cuidados entre os cuidadores/pessoas de referência e enfermeiro, durante os cuidados de enfermagem;
- Importância de dar conhecimento aos cuidadores/pessoas de referência sobre estratégias não farmacológicas de auxílio na prevenção/tratamento da dor das crianças;
- Apresentação e sensibilização para a utilização da “Caixinha os pais contam”.

O certificado de ação de formação pode ser consultado em anexo. (Anexo III)

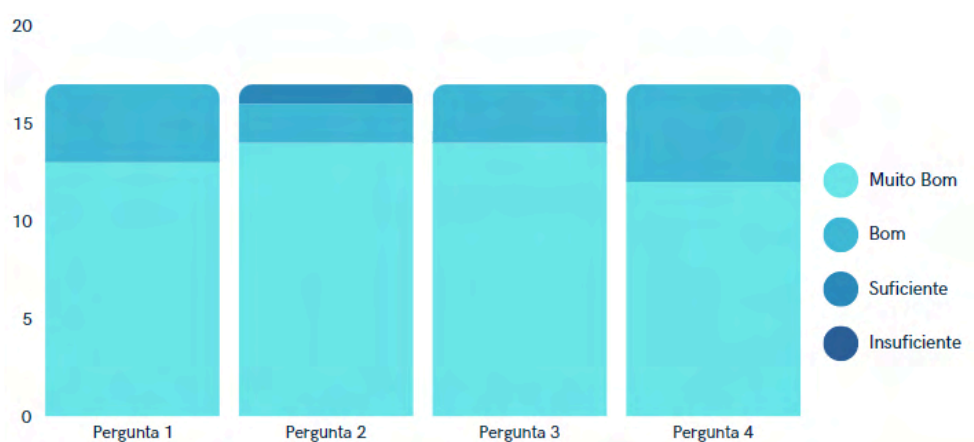
Após a realização da ação de formação, foi pedido aos participantes para responderem a um breve questionário (em formato papel) com as seguintes perguntas:

- Pergunta 1 - “*Quão útil achou a realização desta ação de formação para a sua prática clínica?*”, classificadas entre: “*Muito bom*”, “*Bom*”, “*Suficiente*”, “*Insuficiente*”;
- Pergunta 2 - “*Relativamente à ação de formação, como classifica a sua organização?*”, classificadas entre: “*Muito bom*”, “*Bom*”, “*Suficiente*”, “*Insuficiente*”;

- Pergunta 3 - “Relativamente à enfermeira, quão explícita foi a apresentar a temática?”, classificadas entre: “Muito bom”, “Bom”, “Suficiente”, “Insuficiente”;
- Pergunta 4 - “Relativamente aos recursos disponibilizados para a promoção da vinculação segura na UP, quão útil os considera?” classificadas entre: “Muito bom”, “Bom”, “Suficiente”, “Insuficiente”;
- “Pensa utilizar os recursos disponibilizados?” classificadas entre: “Sim”, “Talvez”, “Não”;
- E uma pergunta de resposta aberta: “Sugestões de melhoria dos recursos disponibilizados:”.

Os resultados do questionário, realizados a vinte e seis enfermeiros, serão então apresentados no gráfico abaixo. Responderam ao questionário dezassete enfermeiros, que poderá ser justificado pelas especificações do serviço de urgência (Gráfico 2):

Gráfico 2 - Resultados do questionário de satisfação referente à sessão formativa “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem na urgência pediátrica”, dirigido aos enfermeiros na UP



Relativamente à pergunta “Pensa utilizar os recursos disponibilizados?”, 16 enfermeiros responderam que sim e 1 enfermeiro respondeu talvez; Na pergunta de resposta aberta

“Sugestões de melhoria dos recursos disponibilizados”, apenas 1 enfermeiro respondeu: “Considero muito úteis e adequados, apresenta preocupação nas diversas idades. Importante no Contexto da UP 2 Kits, para cada sala de tratamentos. Parabéns!”.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas considero que consegui alcançar várias unidades de competência durante este contexto, nomeadamente, do ***Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista***: **“A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.** A1.1. — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.2. — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. A1.3. — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. **A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.** A2.1. — Promove a proteção dos direitos humanos. A2.2. — Gere, na equipa, as práticas de cuidados, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. **B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.** B1.1. — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. **B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.** B2.2. — Planeia programas de melhoria contínua. B2.3. — Lidera programas de melhoria contínua. **B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.** B3.1. — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos. **C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.** C2.2. — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. **D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.** D1.1. — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. **D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.** D2.1. — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.2. — Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.3. — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”

E do ***Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica***: **“2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.** E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. **3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.** E3.1. Promove

o crescimento e desenvolvimento infantil. **E3.2.** Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. **E.3.3.** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. **E3.4.** Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.”

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante as atividades desenvolvidas por mim ao longo deste relatório, posso constatar que os enfermeiros acabam por desempenhar um papel crucial para ajudar a estabelecer o vínculo seguro em qualquer faixa etária infanto-juvenil, tanto a nível de internamento, como em contexto de urgência, assim como, na comunidade, que me foi possível observar após a realização de uma observação participada em outra unidade curricular. Consequentemente, os enfermeiros poderão aproveitar todos os momentos de acompanhamento à família nos diferentes contextos, para capacitar as pessoas de referência para uma melhoria contínua dos cuidados à sua criança.

Os enfermeiros têm assim, um papel crucial na promoção da amamentação, na comunicação e no apoio emocional às pessoas de referência para ajudar a criar estratégias para compreender as pistas e serem mais responsivos às situações de stress da sua criança e na parceria de cuidados com as pessoas de referências, implementando estratégias para que estes passem a ser os seus principais cuidadores. Confirmei, após uma exaustiva pesquisa bibliográfica que a vinculação à pessoa de referência embora se inicie no RN e se consolide entre os 6 e os 7 meses, irá determinar o comportamento da criança, no modo de enfrentar situações de stress, na sua autoconfiança, entre outros aspetos, até chegar à idade adulta, verificando-se na medida em que nos relacionamos com os pares e conseguimos criar relações sólidas.

Ao longo da elaboração deste relatório constatei que existe um investimento, embora escasso, na área da promoção da vinculação e que é uma temática que quando apresentada suscita bastante interesse por parte das equipas de enfermagem em se criar estratégias para a sua promoção. Quando operacionalizadas as estratégias para a promoção do vínculo seguro na idade nos diferentes contextos de estágio, foi possível observar e enumerar vários benefícios para o desenvolvimento infantil, como a capacidade de enfrentarem situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança. E, ainda, a capacidade das crianças de se autorregular emocionalmente, uma vez que tem a quem recorrer sempre que se sentem com medo, com dúvidas, angustiados e muitas vezes até em momentos de exaustão.

O presente relatório permitiu-me demonstrar a pertinência da temática por mim escolhida desenvolver e, mostrar como o EESIP tem as capacitações necessárias para a poder promover durante os cuidados de enfermagem.

A elaboração Scoping review partiu de base para mapear o que já existia sobre o tema, em que os resultados acabaram por dar aporte à minha prática ao longo dos diferentes contextos de estágio. O percurso académico desenvolvido ao longo desta unidade curricular permitiu-me, após observação e pesquisa, desenvolver uma análise crítica dos cuidados assim como, refletir sobre a minha prática como futura EESIP, sempre com uma perspetiva de prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

O percurso de realização desde exaustivo relatório, teve várias implicações significativas para a minha prática profissional como enfermeira. Primeiramente, ao promover ativamente o vínculo seguro entre a pessoa de referência e a criança, acabo por melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o que me permite enquanto profissional de saúde desenvolver uma maior confiança com as crianças e as suas famílias. Além disso, ao despistar manifestações de vínculo inseguro, consigo realizar uma intervenção mais precoce, seja na sinalização de situações de risco ou promoção do vínculo seguro, o que pode resultar em melhores resultados de saúde para as crianças sob os meus cuidados.

A escolha deste tema sobre a promoção da vinculação segura entre a criança e a pessoa de referência, é extremamente vantajosa para o desenvolvimento das competências pretendidas na prática de enfermagem como EESIP. É um tema fundamental para o cuidado infantil e para o bem-estar emocional e psicológico das crianças, o que me permite desenvolver estratégias de avaliação e intervenção em saúde mental infantil, que são cada vez mais valorizadas na prática de enfermagem. Fortaleci as minhas capacidades comunicação e parceria com as famílias, crucial para o sucesso da prática de enfermagem pediátrica. Em resumo, a seleção deste tema oferece-me uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento de competências cruciais para o sucesso da minha prática profissional.

Finalizo o meu relatório, destacando como principais dificuldades à sua elaboração a gestão do tempo, tendo sido difícil ao longo deste percurso conseguir conciliar a vida profissional e a pessoal, com os estágios. A elaboração deste relatório foi fruto de uma grande vontade de aprendizagem, trabalho, empenho e dedicação que me permitiu enriquecer minha prática de cuidados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://synthesismanual.jbi.global>.

Barnard Center for Infant & Early Childhood Mental Health. Disponível em: Welcome to the Barnard Center for Infant and Early Childhood Mental Health (uw.edu);

Barnard, K., Booth, C., Mitchell, S., Spieker, S. (). Successful Intervention With Multi-problem Mothers: Effects on the Mother-Infant Relationship. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 8, No. 3. Disponível em: Successful Intervention With Multi-problem Mothers: Effects on the Mother-Infant Relationship. - Detalhes do registo - EBSCO

Barnard, K., Guo, Y., Leu, S., Spieker, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. *Infant and Child Development* 24: 256-273. Disponível em: An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. - EBSCO

Barnard, K., Kelly, J. (1999). Parent Education Within a Relationship-Focused Model. *Topics in Early Childhood Special Education*, Academic Search Complete. University of Washington. Disponível em: Parent Education Within a Relationship-Focused Model. - EBSCO

Carta da Criança Hospitalizada (1988). Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em: [carta_crianca_hospitalizada_spp.pdf](#);

Claro, P. (2018). O papel da vinculação aos pais e da regulação emocional no investimento esquemático na aparência em jovens adultos. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Educação e Psicologia. Disponível em: [2215-3535-ap-33-126-97.pdf](#) (scielo.sa.cr);

Duarte, S. (2018). Caracterização do processo de implementação do Método Canguru - perspetiva dos profissionais de saúde. Instituto Politécnico da Saúde de Lisboa. Disponível em: [Caracterização do processo de implementação do Método Canguru_perspetiva dos profissionais de saúde.pdf](#) (ipl.pt);

Fleming, C., Kelly, J., Nelson, E., Oxford, M., Spieker, S. (2012). Promoting First Relationships: Randomized Trial of a Relationship-Based Intervention for Toddlers in Child Welfare. *Child Maltreatment* 17 (4) 271-286. Disponível em: Promoting First Relationships: Randomized Trial of a Relationship-Based Intervention for Toddlers in Child Welfare - PMC (nih.gov);

Ferreira, A., Nessa, C., Correia, C., Gonçalves, I., Amaral, M., Carvalho, P., Dias, P. (2022). A dor em idade pediátrica: Capacitação dos pais. SMS. Disponível em: <https://www.chts.min-saude.pt/noticias/a-dor-em-idade-pediatica-capacitacao-dos-pais/>;

Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, A. (2010). Metodologia do Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. Consultado em: Metodologia de Projecto: colectânea descritiva das etapas (ips.pt);

Gonçalves, M. (2019). Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/41501>;

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Serviço Nacional de Saúde (2023). Disponível em: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE | Urgências - Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE (min-saude.pt);

Lamy, Z., Gomes, M., Gianini, N., Hennig, M. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. Hospital Universitário UFMA. Disponível em: SciELO - Brasil - Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira;

Levy, L., Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Comité Português para a Unicef. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Disponível em: Layout 2 (unicef.pt);

Lourenço, M., Nunes, E., Caldeira, S., Charepe, Z. (abril de 2022). Guia da Unidade Curricular: A Saúde da criança e família - Vigilância e Decisão Clínica. Lisboa;

Monteiro, M. (2019). Vinculação e estilos parentais em adolescentes e jovens adultos: personalidade e regulação emocional do risco do uso das redes sociais.

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10348/9367>;

Nascimento, M. (2016). Influência da segurança de vinculação aos pais na transferência de componentes de vinculação aos pares na adolescência. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/27678>;

Nubia, L. (2023). Efecto del masaje al bebé canguro sobre la interacción madre-hijo en el hogar. Universidad Nacional de Colombia. Disponível em: 39739472.2023.pdf (unal.edu.co);

Obadina, S. (2013). Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development. *British Journal of School Nursing* , Vol 8 No 6 (P.290-295);

Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., Amorim, R. (2018). Desenhos da minha dor. APED. Disponível em: <https://www.aped-dor.org/index.php/publicacoes/livros-e-manuais>;

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. Diário da República, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>;

Scharfe, E. (2011). Benefits of Mother Goose: Influence of a Community-Based Program on Parent-Child Attachment Relationships in Typical Families. *Child Welfare*, Vol. 90, No. 5 (P9-26);

Scherl, B. (2006). Psychological health, maternal attachment and attachment style in breast- and formula-feeding mothers: a preliminary study. *JOURNAL OF REPRODUCTIVE AND INFANT PSYCHOLOGY*, , Vol. 24, No. 1 (P.5–19);

Spehar, M., Seidl, E. (2013). Percepções maternas no método canguro: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. Universidade de Brasília. Disponível em: SciELO - Brasil - Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia;

Tallandini, M., Chiara, S. (2006). Kangaroo mother care and mother-premature infant dyadic interaction. *Infant mental health journal*, Vol. 27, No. 3 (P.251-275);

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Lusociência. Loures;

Venta, A., Sharp, C., & Newlin, E. (2014). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*;

Venta, A., Sharp, C., Shmueli-Goetz, Y., & Newlin, E. (2015). An evaluation of the construct of earned security in adolescents: Evidence from an inpatient sample. *Bulletin of the Menninger Clinic* , Vol. 79, No. 1 (P.41-69);

Weinstock, M. (2015). Gone in 2015: Commemorating 10 Outstanding Women in Science. *Scientific American*. Disponível em: [Gone in 2015: Commemorating 10 Outstanding Women in Science - Scientific American Blog Network](#).

ANEXOS

ANEXO I - Escalas de Interação Nursing Child Assessment Satellite Training
(NCAST)

NCAST **Feeding Scale** Birth to One Year Only

Person Observed ☐ Mother ☐ Father ☐ Other _____ Major Caregiver ☐ Yes ☐ No Type of Feeding ☐ Breast ☐ Bottle ☐ Solid Length of Time Feeding (minutes) less than 10 10-20 21-30 more than 30	Setting ☐ Home ☐ Other _____ Were Others Present? ☐ Yes ☐ No If yes, specify _____	Child's Name _____ Child's Age (months) _____ Child's Sex _____ Child's State at Beginning of Feeding (circle) Quiet Sleep Active Sleep Drowsy Quiet Alert Active Alert Crying
---	--	--

I. SENSITIVITY TO CUES

YES NO

1. Caregiver positions child so that child is safe but can move his/her arm(s).		
2. Caregiver positions child so that the child's head is higher than hips.		
3. Caregiver positions child so that trunk-to-trunk contact is maintained during more than half of the feeding (>50%).		
4. Caregiver positions child so that eye-to-eye contact is possible.		
5. Caregiver's face is at least 7-8 inches or more from the child's face during feeding except when kissing, caressing, hugging, or burping the child.		
6. Caregiver smiles, verbalizes, or makes eye contact with child when child is in open-face-gaze position.		
7. Caregiver comments verbally on child's hunger cues prior to or up to the first minute of the feeding.		
8. Caregiver comments verbally on child's satiation cues before terminating feeding.		
9. Caregiver varies the intensity of verbal stimulation during the feeding.		
10. Caregiver varies intensity of rocking or moving the child during the feeding.		
11. Caregiver varies the intensity or form of touch during the feeding.		
12. Caregiver allows pauses in feeding when the child shows potent disengagement cues or is in the pause phase of the suck-pause sequence of sucking.		
13. Caregiver slows the pace of feeding or pauses when the child shows subtle disengagement cues.		
14. Caregiver terminates the feeding when the child shows satiation cues or after other methods have proven unsuccessful.		
15. Caregiver allows the child to suck and/or chew without interruption.		
16. Caregiver only offers food when the child is attending.		
TOTAL YES ANSWERS		

II. RESPONSE TO CHILD'S DISTRESS

☐ Yes ☐ No (Potent Disengagement Cues Observed)

17. Caregiver stops or starts feeding.		
18. Caregiver changes the child's position.		
19. Caregiver makes positive or sympathetic verbalization.		
20. Caregiver changes voice volume to softer or higher pitch.		
21. Caregiver makes soothing non-verbal efforts.		
22. Caregiver diverts the child's attention by playing games, introducing toy, or making faces.		
23. Caregiver avoids making negative verbal responses.		
24. Caregiver avoids making negative comments to home visitor about the child.		
25. Caregiver avoids yelling at the child.		
26. Caregiver avoids using abrupt movements or rough handling.		
27. Caregiver avoids slapping, hitting, or spanking the child.		
TOTAL YES ANSWERS		

III. SOCIAL-EMOTIONAL GROWTH FOSTERING

YES NO

28. Caregiver pays more attention to the child during feeding than to other people or things in the environment.		
29. Caregiver is in the "en face" position for more than half of the feeding (>50%).		
30. Caregiver succeeds in making eye contact with the child once during the feeding.		
31. Caregiver's facial expression changes at least twice during the feeding.		
32. Caregiver engages in social forms of interaction (plays games with child) at least once during the feeding.		
33. Caregiver uses positive statements in talking to child during the feeding.		
34. Caregiver praises child or some quality of the child's behavior during the feeding.		
35. Caregiver hums, croons, sings, or changes the pitch of his/her voice during the feeding.		
36. Caregiver laughs or smiles during the feeding.		
37. Caregiver uses gentle forms of touching during the feeding.		
38. Caregiver smiles, verbalizes or touches child within five seconds of child smiling or vocalizing at caregiver.		
39. Caregiver avoids compressing lips, grimacing, or frowning while making eye contact with child.		
40. Caregiver avoids slapping, hitting, shaking, or grabbing the child or child's extremities during the feeding.		
41. Caregiver avoids making negative comments or uncomplimentary remarks to the child or home visitor about the child or child's behavior.		

TOTAL YES ANSWERS

IV. COGNITIVE GROWTH FOSTERING

42. Caregiver provides child with objects, finger foods, toys, and/or utensils.		
43. Caregiver encourages and/or allows the child to explore the breast, bottle, food, cup, bowl, utensils, or the caregiver during the feeding.		
44. Caregiver talks to the child using two words at least three separate times during the feeding.		
45. Caregiver verbally describes food or feeding situation to child during the feeding.		
46. Caregiver talks to child about things other than food, eating, or things related to feeding.		
47. Caregiver uses statements that describe, ask questions, or explain consequences of behavior, more than commands, in talking to child.		
48. Caregiver verbally responds to child's sound within five seconds after child has vocalized.		
49. Caregiver verbally responds to child's movement within five seconds of child's movement of arms, legs, hands, head, trunk.		
50. Caregiver avoids consistent use of baby talk during the feeding.		

TOTAL YES ANSWERS

NCAST

Teaching Scale

Birth to Three Years Only

Person Observed ☐ Mother ☐ Father ☐ Other Major Caregiver ☐ Yes ☐ No Name of Task _____ Length of Time Teaching (minutes) 1 or less 2 3 4 5 6 or more	Setting ☐ Home ☐ Other _____ Were Others Present? ☐ Yes ☐ No If yes, specify _____	Child's Name _____ Child's Age (months) _____ Child's Sex _____ Child's State at Beginning of Teaching (circle) Quiet Sleep Active Sleep Drowsy Quiet Alert Active Alert Crying
--	---	---

I. SENSITIVITY TO CUES

YES NO

1. Caregiver positions child so child is safely supported.		
2. Caregiver positions child so that child can reach and handle teaching materials.		
3. Caregiver gets the child's attention before beginning the task, at the start of the teaching interaction.		
4. Caregiver gives instruction only when child is attentive (90%).		
5. Caregiver allows child to explore the task material for at least five seconds before giving the first task related instruction.		
6. Caregiver positions child so that it is possible for them to have eye-to-eye contact during the majority of the teaching episode (60%).		
7. Caregiver pauses when the child initiates behaviors during the teaching episode.		
8. Caregiver praises child's successes or partial successes.		
9. Caregiver requires no more than three performances when child is successful at completing the task.		
10. Caregiver changes position of child and/or materials after unsuccessful attempt by the child to do the task.		
11. Caregiver avoids physically forcing the child to complete the task.		
TOTAL YES ANSWERS		

II. RESPONSE TO CHILD'S DISTRESS

☐ Yes ☐ No (Potent disengagement cues observed)

12. Caregiver stops the teaching episode.		
13. Caregiver makes a positive, sympathetic, or soothing verbalization.		
14. Caregiver changes voice volume to softer or higher pitch, does not yell.		
15. Caregiver rearranges the child's position and/or task materials.		
16. Caregiver makes soothing non-verbal response, e.g. pat, touch, rock, caress, or kiss.		
17. Caregiver diverts the child's attention by playing games, introduces a new toy.		
18. Caregiver avoids making negative comments to the child.		
19. Caregiver avoids yelling at the child.		
20. Caregiver avoids using abrupt movements or rough handling.		
21. Caregiver avoids slapping, hitting, or spanking.		
22. Caregiver avoids making negative comments to home visitor about the child.		
TOTAL YES ANSWERS		

III. SOCIAL-EMOTIONAL GROWTH FOSTERING

23. Caregiver's body posture is relaxed during the teaching episode (90%).		
24. Caregiver positions self face-to-face with the child during the teaching interaction (60%).		
25. Caregiver laughs or smiles at child during the teaching interaction.		
26. Caregiver gently pats, caresses, strokes, hugs, or kisses child during episode.		

YES NO

27. Caregiver smiles or touches child within five seconds after the child smiles or vocalizes.		
28. Caregiver praises child's efforts or behaviors broadly (in general) at least once during the episode.		
29. Caregiver makes cheerleading type statements to the child during the teaching interaction.		
30. Caregiver avoids vocalizing to the child at the same time the child is vocalizing.		
31. Caregiver avoids making general negative or uncomplimentary remarks about the child.		
32. Caregiver avoids yelling at the child during the episode.		
33. Caregiver avoids making critical or negative comments about the child's task performance.		
TOTAL YES ANSWERS		

IV. COGNITIVE GROWTH FOSTERING

34. Caregiver provides an immediate environment which is free from distractions from animate sources (siblings, pets, other people, TV).		
35. Caregiver focuses attention and child's attention on the task during most of the teaching (60%).		
36. After caregiver gives instructions, at least five seconds is allowed for the child to attempt the task before caregiver intervenes again.		
37. Caregiver allows non-task manipulation of the task materials after the original presentation.		
38. Caregiver describes a quality of the task materials to the child.		
39. Caregiver uses at least two different sentences or phrases to describe the task to the child.		
40. Caregiver uses explanatory verbal style more than imperative style in teaching the child.		
41. Caregiver's directions are stated in clear, unambiguous language (e.g. ambiguous = "stack"; unambiguous = "stack the blocks").		
42. Caregiver uses both verbal description and modeling simultaneously in teaching any part of the task.		
43. Caregiver encourages and/or allows the child to perform the task at least once before intruding in the use of the task materials.		
44. Caregiver verbally praises child after child has performed better or more successfully than the last attempt.		
45. Caregiver smiles and/or nods at the child after child performs better or more successfully than the last attempt.		
46. Caregiver responds to the child's vocalizations with a verbal response.		
47. Caregiver uses both verbal and non-verbal instruction in teaching the child.		
48. Caregiver uses the teaching loop at least once.		
49. Caregiver signals completion of task to child verbally or nonverbally.		
50. Caregiver spends no more than five minutes and not less than one minute in teaching the child the task.		
TOTAL YES ANSWERS		

ANEXO II - Certificado de participação “V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo”

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Patrícia Custódio Costa Pereira**, estudante n.º **192021084** esteve presente no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



paty_pereira91@hotmail.com



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA • PORTO

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."

Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."

Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."

Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."

Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profa Doutora Cândida Caniçali Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Liliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."

Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."

Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

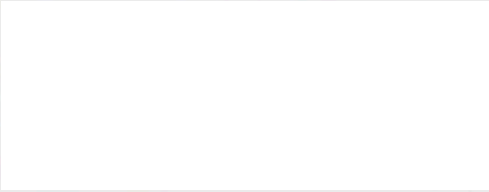
15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



ANEXO III - Certificado de ação de formação: “Promoção da Vinculação Segura durante os cuidados de enfermagem na Urgência Pediátrica”



CERTIFICADO

Patrícia Custódio Costa Pereira

Foi Formador(a) no Curso

***Promoção da Vinculação Segura
durante os cuidados de enfermagem
na Urgência Pediátrica***

31 de Janeiro e 02 de Fevereiro de 2023

Formação Leccionada:

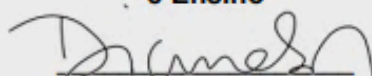
Sensibilizar para a promoção da Vinculação Segura; Despistar situações de maus tratos infantil; Divulgar os recursos disponíveis para identificar vínculos comprometidos.

Num total de

01 (uma) hora



**Presidente da
Unidade de Formação
e Ensino**



(Diana Sousa Mendes)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Influência da vinculação segura entre a criança e a pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica: protocolo de uma Scoping Review

Influência da vinculação segura entre a criança e pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica: um protocolo de scoping review

Joana Garcia¹⁾ Patrícia Pereira¹⁾ Zaida Charepe²⁾

¹⁾ Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

²⁾ Professora Associada, Faculdade de Ciências da Saúde / Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Resumo

Introdução: A vinculação da criança à pessoa de referência é um conceito complexo, mas considerado fundamental durante a prestação de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros encontram-se numa posição ideal para promover o vínculo seguro na diáde e para despistar algum vínculo inseguro que possa existir, facilitando a intervenção precoce nos cuidados, a criação de estratégias para a parceria de cuidados entre as pessoas de referência/enfermeiro e a implementação de intervenções de enfermagem que promovam esse vínculo. **Objetivo Geral:** Mapear a evidência científica disponível sobre a influência da vinculação segura aos cuidadores (mãe/pai/pessoa de referência) durante os cuidados de enfermagem pediátrica. **Objetivos específicos:** Explorar as intervenções de enfermagem inerentes à promoção da vinculação segura. **Critérios de Inclusão:** Estudos cuja população seja constituída por crianças dos 0 aos 18 anos (população) e que abordem o conceito de vinculação das crianças às pessoas de referência (conceito) sujeitos a cuidados de saúde de enfermagem (contexto). **Métodos:** Esta revisão de literatura proposta foi realizada segundo a metodologia JBI. Para avaliar a relevância dos artigos, três revisores independentes realizaram a sua análise, assim como a extração e síntese dos dados. Todo o processo de extração e análise dos artigos foi realizado durante os meses de outubro e novembro de 2022. **Resultados:** Realizada uma seleção de 128 estudos obtidos através das diferentes bases de dados, sendo que foram eliminados 4 estudos duplicados, resultando um total de 124 estudos para avaliação segundo os critérios de inclusão. Desses estudos foram excluídos 44 artigos pelo título e 45 artigos pelo resumo, ficando um total de 35 artigos com acesso a texto completo para elegibilidade. Após a leitura do texto integral, resultou, por fim, uma amostra de 5 artigos que responderam

aos critérios de inclusão e foram de encontro ao objetivo definido para a scoping review.

Conclusões: Os enfermeiros desempenham um papel crucial para ajudar a estabelecer o vínculo seguro em qualquer faixa etária infante juvenil, durante o internamento, na comunidade ou em contexto de urgência, para educar e capacitar as pessoas de referência para uma melhoria contínua dos cuidados. Torna-se possível observar os efeitos do vínculo seguro na diade e enumerar benefícios para o desenvolvimento infantil, como a capacidade de enfrentarem situações de stress, medo e procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança. Destaca-se ainda, a capacidade das crianças se autorregularem emocionalmente e serem socialmente mais produtivas. O vínculo seguro permite que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e em momentos de exaustão.

Palavras Chave: crianças; cuidadores; enfermagem pediátrica; teoria da vinculação.

Abstract

Introduction: The attachment of the child to the primary caregiver is a complex concept but considered fundamental during the provision of nursing care. Nurses are in an ideal position to promote secure attachment in the dyad and identify any insecure attachment that may exist, facilitating early intervention in care, the development of strategies for caregiver/nurse partnership, and the implementation of nursing interventions that promote this attachment.

General Objective: To map the scientific evidence regarding the influence of secure attachment to caregivers (mother/father/primary caregiver) during pediatric nursing care.

Specific Objectives: To explore nursing interventions inherent in promoting secure attachment. **Inclusion Criteria:** Studies with a population composed of children aged 0 to 18 years (population) that address the concept of children's attachment to primary caregivers (concept) undergoing pediatric nursing healthcare (context).

Methods: This proposed literature review was conducted using the JBI. To assess the relevance of the articles, three independent reviewers conducted analysis, data extraction, and synthesis. The entire scoping

analysis process was conducted in November 2022. **Results:** A selection of 128 studies obtained from different databases was made, with 4 duplicate studies eliminated, resulting in a total of 124 studies for evaluation according to the inclusion criteria. Out of these studies, 44 articles were excluded based on the title, and 45 articles were excluded based on the abstract, leaving a total of 35 articles with full text for eligibility. After reading the full text, a final sample of 5 articles that met the inclusion criteria and addressed the defined objective for the scoping review was obtained. **Conclusions:** Nurses play a crucial role in helping establish secure attachment in any child and adolescent age group, whether during hospitalization, in the community, or in emergency settings, to educate and empower primary caregivers for continuous improvement in care. The effects of secure attachment in the dyad can be observed, and benefits for child development can be enumerated, such as the ability to cope with stressful situations, fear, and painful procedures with greater security and confidence. Additionally, it is noteworthy that children develop emotional self-regulation and become more socially productive. Secure attachment allows them to have someone to turn to whenever they feel afraid, uncertain, distressed, or exhausted.

Keywords: children; caregivers; pediatric nursing; attachment theory.

Índice

Introdução	7
1. Questão de Revisão	13
2. Objetivo da Revisão	13
3. Critérios de Inclusão	13
3.1. Tipos de Fonte	14
4. Palavras-chave	14
5. Métodos	14
5.1. Estratégias de pesquisa	14
5.2. Estudo/Seleção de Provas	15
5.3. Extração de dados	16
5.4. Análise de dados	16
6. Resultados	16
7. Discussão	26
8. Conclusão	29
9. Agradecimentos	29
10. Financiamento	30
11. Contribuição dos Autores	30
12. Conflito de interesses	30
Referências Bibliográficas	33
Apêndices	37
Apêndice 1: Mapa de Conceitos	39
Apêndice 2: Estratégia e limitadores da pesquisa aplicados por base de dados e os respectivos resultados da pesquisa por base de dados.	41

Introdução

A vinculação da criança à pessoa de referência é um conceito complexo, mas considerado fundamental durante a prestação de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros encontram-se numa posição ideal para promover o vínculo seguro na diade e para despistar algum vínculo inseguro que possa existir, facilitando a intervenção precoce nos cuidados, a criação de estratégias para a parceria de cuidados entre as pessoas de referência/enfermeiro e a implementação de intervenções de enfermagem que promovam esse vínculo.

Segundo Bowlby (1944), o sistema de vinculação entre os bebés e os cuidadores enquanto estratégia comportamental tem como função garantir a sua sobrevivência (Nascimento, 2016). Naturalmente “ (...) o bebé irá formar uma relação de vinculação com o seu cuidador, procurando-o em momentos de ameaça e perigo, é com vista a encontrar conforto e segurança” (Gonçalves, M. 2019, p.1).

Através das repetidas interações com a pessoa de referência, a criança irá perceber o que esperar dos outros, ao mesmo tempo que vai ajustando o seu comportamento a essas expectativas, formando então o que Bowlby (1982) designa como modelos internos dinâmicos (Gonçalves, 2019).

Estes modelos de relação que a criança constrói, irão orientá-la na perceção e forma de se comportar com os outros, e irão influenciar as suas relações interpessoais futuras (Gonçalves, 2019). “As relações de vinculação têm uma continuidade ao longo da vida, começando com os pais/cuidadores e continuando com amigos e, posteriormente, com os parceiros românticos” (Bowlby, J. 1982, citado por Gonçalves, M. 2019, p.1).

Bowlby (1994), considerou a vinculação como uma ligação emocional, quando o cuidador está afastado, aumenta a ansiedade do bebé por se sentir desprotegido, e ativa o sistema de vinculação para que o cuidador se aproxime, através de comportamentos de vinculação (o chorar e/ou o agarrar) que se denomina por protesto de separação (Nascimento, 2016). Quando se encontra perto, o bebé baixa os níveis de ansiedade, e aumenta a sensação de segurança, amor e confiança, desativando assim o sistema de vinculação e ativando outros sistemas comportamentais (Bowlby, 1982, citado por Gonçalves, 2019).

Bowlby (1944), conclui, que o objetivo do sistema de vinculação é a manutenção da proximidade. Quando existe uma separação ou uma situação ameaçadora, a procura de proximidade é intensificada, que se denomina como *“porto seguro”* (Nascimento, 2016). Quando o bebé consegue obter essa proximidade e o consolo emocional do cuidador, poderá diminuir os níveis de ansiedade e por consequência aumentar os níveis de confiança através da presença do cuidador, acabando por investir energia noutros comportamentos, demonstrando a componente vinculação de base segura (Nascimento, 2016). Deste modo, *“(…)a criança e, posteriormente, o adolescente, fortalece os seus comportamentos de exploração do meio envolvente e desenvolve a sua autonomia e identidade”* (Bowlby, 1988; Silva, Morgado & Maroco, 2012 citado por Monteiro, M. 2019, p. 2).

Em contrapartida, a não satisfação dessas necessidades leva ao desenvolvimento de modelos internos dinâmicos marcados por desconfiança e falta de autoestima. (Bowlby, 1973, citado por Claro, et al. 2018).

Em 1978, Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, citado por Gonçalves (2019) desenvolveram um procedimento laboratorial, ao qual deram o nome de *“situação estranha”*, com o objetivo de observar o comportamento das crianças e da interação com as suas mães. A partir desta experiência, identificaram três tipos de padrões de vinculação na infância que se organizam em duas categorias, a vinculação segura e a vinculação insegura (que pode ser ansiosa-ambivalente e evitante). Esta divisão por categorias mostra a forma como as crianças captam *“(…) a disponibilidade da figura de vinculação em momentos de procura de conforto ou proteção e como organiza as suas respostas tendo em conta estas percepções”* (Gonçalves, M. 2019, p. 6).

Assim, o grupo de crianças com um padrão seguro apresentou *“(…) um comportamento mais positivo na presença da mãe, sendo as interações mais harmoniosas e as crianças mais cooperantes e disponíveis”* (Ainsworth 1978, citado por Gonçalves, M. 2019, p. 7). Estas crianças têm a capacidade de ver a mãe como base segura de forma a poderem explorar o ambiente e deixarem-se “consolar” por esta, após a separação (Ainsworth 1978, citado por Gonçalves, 2019). Os cuidadores das crianças de base segura mostram-se disponíveis e responsivos às suas necessidades e são capazes de confortá-las ou de as proteger em momentos de ameaça (Gonçalves, 2019).

O grupo de crianças com um padrão ansioso/ambivalente revelou uma maior ansiedade quando separadas da mãe e não demonstrou confiança na disponibilidade e responsividade da mãe, o que faz com que não a consiga usar como base segura para a exploração do ambiente desconhecido ao seu redor (Ainsworth et al., 1978, citado por Gonçalves, 2019): *“Quando a mãe se ausenta, a criança tende a reagir de forma muito intensa, com choro imparável e stress, e com o seu regresso não se acalma facilmente, procurando e rejeitando, simultaneamente, o contacto”* (Ainsworth et al., 1978, citado por Gonçalves, M. 2019, p. 7).

O grupo de crianças com um padrão evitante demonstram um comportamento evitante perante a mãe em momentos de separação e de reencontro, não expressam angústia ou choro na separação, continuando a sua exploração do meio. Quando a mãe regressa e procura interagir com a criança, esta vai desviar o olhar e afasta-se e, *“(...) mesmo em momentos em que a criança procura a mãe, logo a seguir quebra o contato visual e distancia-se.”* (Gonçalves, M. 2019, p. 7). Este padrão *“(...) surge como uma estratégia para lidar com o conflito perante a mãe, evitando o contato e dirigindo mesmo a sua raiva à figura de vinculação de forma a proteger-se de rejeições futuras por parte desta”* (Ainsworth et al., 1978, citado por, Gonçalves, M. 2019, p. 7).

Os estudos que examinam a regulação das emoções na *“situação estranha”* concentram-se exclusivamente nas respostas da criança. As crianças dos três grupos de classificação não diferem na proporção do tempo em que demonstram o sentimento de raiva, no entanto, crianças no grupo vinculação ansiosa-ambivalente mostraram mais tristeza e menos interesse que crianças seguras (Shiller, Izard & Hembree, 1986, citado por Barnard, et al., 2015).

Connel e Thompson (1986), citado por Barnard, et al. (2015), investigaram a relação entre a emoção e a interação social na *“situação estranha”*. A emoção negativa da criança no episódio final da separação, prevê o comportamento de interação social com a mãe (procura de proximidade, manutenção do contato ou resistência à interação), durante o episódio de reencontro subsequente.

Segundo Barnard, et al. (2015), os estudos anteriores apenas fornecem evidências de que as emoções das crianças podem desempenhar um papel crítico na regulação do comportamento interativo com as mães na *“situação estranha”*, mas não abordam como as mães influenciam as respostas emocionais dos filhos. Barnard, et al. (2015), desenvolve a partir destas premissas o estudo intitulado *“An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation”*, onde examinou a regulação das

emoções na díade mãe-criança durante a “*situação estranha*”. Concluiu que durante o desenvolvimento emocional nas crianças de menor idade, os pais desempenham um papel crucial na sua regulação emocional, e que por sua vez as crianças também evocam simultaneamente emoções nos seus pais (Eisenberg, Spinrad & Eggum 2010, citados por Barnard, et al., 2015). A interação emocional recíproca entre pais e filhos quando experienciada em situação de stress, ativa o sistema de apego da criança, como é o caso da “*situação estranha*”, sendo de extrema importância e raramente analisada.

A teoria da vinculação apoia a premissa de que os padrões de regulação emocional são estabelecidos nos primeiros relacionamentos de apego. Estas primeiras experiências de apego fornecem um contexto importante para que as crianças desenvolvam e interiorizem as funções regulatórias mais complexas (Sroufe 1996; 2005, citado por Barnard et al., 2015).

As crianças com uma vinculação segura têm experiências de apego mais positivas, que lhes permite expressar emoções negativas de forma ativa e construtiva e receber conforto do cuidador para resolvê-las, por sua vez, crianças com uma vinculação insegura são mais propensas a inibir ou exagerar demonstrações negativas (Barnard, et al., 2015). Ainda segundo esta autora, a capacidade de regular as emoções e agir de acordo com os padrões sociais é uma das características críticas do desenvolvimento infantil (Barnard et al., 2015). Em síntese, uma criança segura é aquela que comunica abertamente emoções positivas e negativas a uma mãe que é sensível e receptiva às necessidades emocionais desta, enquanto que, por outro lado uma criança insegura apresenta uma comunicação restrita a uma mãe que o rejeita e despreza (Bowlby, 1969, citado por Barnard et al., 2015).

A presente revisão de scoping tem como objetivo mapear e sintetizar o que já se conhece sobre a temática que quero desenvolver, com o objetivo de conseguir localizar todas as evidências não publicadas e publicadas para conseguir sustentar a minha questão de revisão, previamente a uma exclusão dos estudos que não sejam relevantes para a minha temática.

Segundo a JBI, diferentes formas de evidência e diferentes objetivos e questões de revisão têm levado ao desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar a evidência de forma mais eficaz e rigorosa (Joanna Briggs Institute, 2020).

A temática escolhida para a elaboração da Revisão de Scoping foi, *Influência da vinculação segura entre a criança e pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica: um protocolo de scoping review*.

Durante a elaboração desta revisão de scoping tivemos em conta os princípios éticos e direitos dos autores no uso de todos os artigos consultados, sendo que a informação recolhida é fiel às ideias dos autores, ao ano e ao número das páginas citadas. Foi redigida segundo o novo acordo ortográfico.

Para cumprir com o objetivo deste trabalho foi realizada uma pesquisa preliminar na MEDLINE onde foi realizada uma análise das palavras do texto no título e nos resumos. Numa segunda fase da pesquisa, aplicamos palavras-chave identificadas nas fontes publicadas e não publicadas. E, numa terceira e última fase, realizamos uma revisão da lista de referências bibliográficas de todos os estudos incluídos.

Na *Síntese de Provas JBI* e na *Prospero National Institute for Health* não foram identificadas revisões sistemáticas ou revisões sistemáticas atuais ou em curso sobre a questão de revisão colocada, acabando por surgir a necessidade de mapear a evidência científica no âmbito desta temática.

1. Questão de Revisão

A presente scoping review pretende dar resposta à **questão principal**: “Qual a influência da vinculação segura entre a criança e pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica?”

Desta questão principal surgiu a necessidade das **questões secundárias**:

1. Em que população os enfermeiros reconhecem a importância da vinculação segura entre a criança e a pessoa de referência?
2. Em que contexto (consultas de enfermagem, internamento, atendimento hospitalar) os enfermeiros reconhecem a importância da vinculação segura entre a criança e a pessoa de referência?
3. Quais os fundamentos utilizados para abordar a vinculação segura entre a criança e a pessoa de referência?
4. Quais os aspetos que relacionam a vinculação segura entre as pessoas de referência e o desenvolvimento da criança?

2. Objetivo da Revisão

Mapear a evidência científica disponível sobre a influência da vinculação segura aos cuidadores (mãe/pai/pessoa de referência) durante os cuidados de enfermagem pediátrica.

Objetivo específico: Explorar as intervenções de enfermagem inerentes à promoção da vinculação segura.

3. Critérios de Inclusão

A realização deste protocolo de revisão de scoping foi baseada na metodologia apresentada pela *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020). Os critérios de inclusão foram elaborados de acordo com esta metodologia, com base na mnemónica PCC – População, Conceito, Contexto.

Pergunta da *revisão de scoping* detalhada:

P (População): Crianças dos 0 aos 18 anos;

C (Conceito): Vinculação às pessoas de referência;

C (Contexto): Todos os contextos de cuidados de saúde à criança.

3.1. Tipos de Fonte

Esta análise de revisão de scoping considera os desenhos de estudos experimentais e quase experimentais, incluindo ensaios controlados aleatórios, ensaios controlados não aleatórios, antes e depois de estudos e estudos de séries de tempo interrompidos. Serão considerados também, para a inclusão estudos observacionais analíticos, incluindo estudos prospectivos e retrospectivos, estudos de controle de casos e estudos transversais analíticos. Esta revisão também considera desenhos de estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatórios de casos individuais e estudos transversais descritivos. Ainda serão considerados, estudos qualitativos que se focam em dados qualitativos, incluindo, mas não se limitando a, desenhos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, investigação de ação. Além disso, serão igualmente consideradas revisões sistemáticas que satisfaçam os critérios de inclusão, dependendo da questão da investigação.

4. Palavras-chave

Crianças. Cuidadores. Enfermagem Pediátrica. Teoria da Vinculação.

5. Métodos

A pesquisa foi realizada segundo a metodologia de *Joanna Briggs Institute* para scoping review, de acordo com as etapas definidas na *JBIR Manual for Evidence Synthesis* (2020). Visou localizar estudos primários e secundários publicados e não publicados. Esta pesquisa foi realizada em três etapas.

5.1. Estratégias de pesquisa

Numa primeira etapa foi realizada uma pesquisa pelas bases de dados eletrônicas *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), da *Medical Literature Analysis*

and Retrieval System Online MEDLINE COMPLETE e da PUBMED, que além de me permitir explorar e constatar o que já existia sobre o tema permitiu definir os termos mais comuns e a partir deles definir os meus descritores, que foram validados na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MesH) e as palavras-chave mais comuns identificadas no título e resumo dos artigos (*Ver Apêndice 1*).

Numa segunda etapa foi realizada uma pesquisa isolada em cada base de dados, utilizando os descritores que foram previamente validados e as palavras-chave previamente identificadas, juntamente com os operadores booleanos (AND e OR) (*Ver Apêndice 2*). O que permitiu ficar com um número limitado de referências bibliográficas para posterior análise e de forma a definir se serão incluídos ou excluídos da minha revisão.

Para a pesquisa ser o mais completa e focada possível foram considerados todos os estudos publicados, assim como alguns critérios e inclusão, nomeadamente o idioma, em que nos restringimos apenas a *espanhol, português e Inglês*. Não se limitou temporalmente a pesquisa, com o intuito de abranger o máximo de conhecimento científico disponível.

Numa última etapa, foram consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de perceber se existiam mais documentos a ser incluídos no estudo. De forma a complementar a análise e a incluir estudos não publicados ou de difícil acesso foi realizada uma pesquisa na literatura cinzenta, no google académico.

5.2. Estudo/Seleção de Provas

Após a pesquisa em todas as bases de dados e da identificação de todas as referências bibliográficas, estes foram exportados para software bibliográfico, *Zotero* e todos os duplicados foram removidos.

Seguidamente foi usado o *Rayyan* para descarregar os artigos e fazer a análise cega de todas as referências encontradas, e foram criadas pastas para serem vistas por cada um dos revisores.

Após um teste piloto, os títulos e os resumos foram examinados e discutidos pelos revisores independentes para avaliação contra os critérios de inclusão para a revisão. As razões para a exclusão de fontes de prova em texto integral que não satisfaçam os critérios de inclusão foram registadas e comunicadas na revisão de seleção. Não houve divergências entre os revisores em cada fase do processo de seleção.

Os resultados da pesquisa e de todo o processo de inclusão do estudo estão representados no fluxograma do processo de revisão e apresentados segundo as recomendações do Preferred Reporting items for Systematic Review and Meta-analyses for scoping Reviews (PRISMA-SCR) (Tricco, et al., 2018).

5.3. Extração de dados

Para a extração dos dados dos estudos selecionados, foi utilizada a ferramenta de extração de dados proposta pela JBI, que foi sujeito a adaptação face aos objetivos da revisão (*Ver Apêndice 3*). Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e conclusões-chave relevantes para a questão de revisão. Se necessário o projeto de ferramenta de extração de dados será modificado e revisto durante o processo de extração de dados de cada fonte de prova incluída.

A avaliação crítica de fontes individuais de evidência é dispensada, porque o objetivo consiste em mapear o conhecimento científico disponível acerca da temática em análise.

5.4. Análise de dados

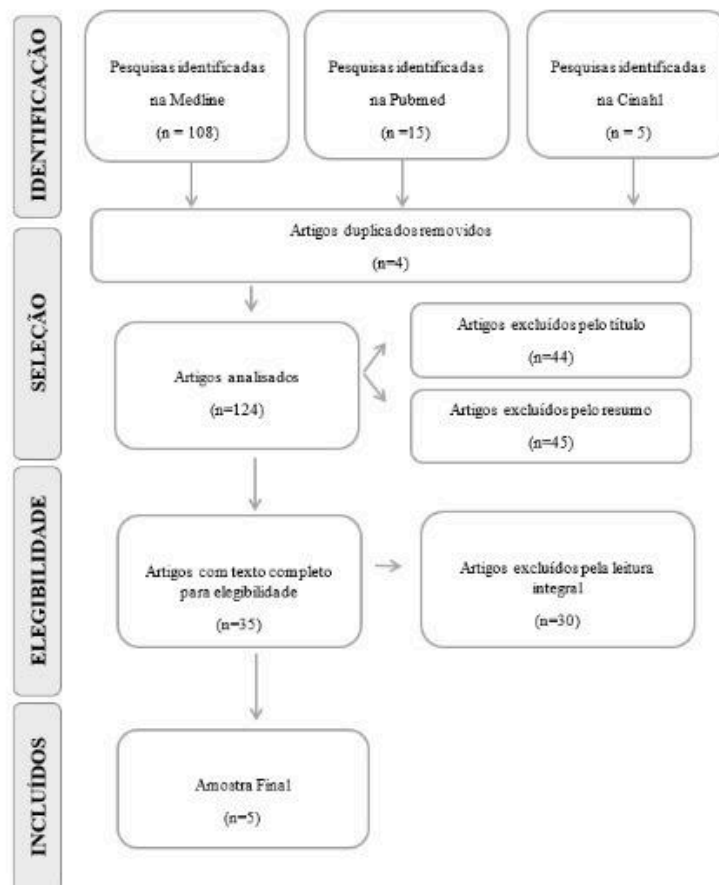
Os resultados foram avaliados e selecionados quanto à sua pertinência para inclusão com base na informação disponibilizada no título e resumo. Posteriormente os artigos selecionados foram alvo de uma leitura integral que precede a sua integração na amostra final selecionada (n=13). A síntese de dados para apresentação foi realizada segundo instrumento adaptado do proposto no manual metodológico para Revisões Scoping do *Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs Institute, 2021).

6. Resultados

Através da pesquisa efetuada nas várias bases de dados eletrônicas foram encontrados 128 estudos, sendo que destes foram eliminados 4 estudos duplicados, resultando um total de 124 estudos para avaliação segundo os critérios de inclusão. Desses estudos foram excluídos 44 artigos pelo título e 45 artigos pelo resumo, por não se incluírem na temática sobre a vinculação segura, ficando um total de 35 artigos com texto completo para elegibilidade.

Após a leitura do texto integral, resultou, por fim, uma amostra de 6 artigos que responderam aos critérios de inclusão e foram de encontro ao objetivo definido para a *scoping review*. Seguindo as orientações do PRISMA-ScR, apresenta-se o fluxograma do processo de seleção dos estudos na Figura 1, apresentada abaixo. As características dos estudos incluídos na *scoping review* estão descritos no Quadro 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos



Quadro 1: Características dos estudos incluídos na Revisão

Autor/Ano/ País	Amanda Venta, Carla Sharp, Elizabeth Newlin/2014/EUA
Título	<i>A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting</i>
Tipo de evidência científica	Estudo observacional descritivo
Objectivo (s)	Relacionar a vinculação segura, a regulação emocional e a mudança nos sintomas em adolescentes internados que completam o tratamento hospitalar. E examinar se uma vinculação segura provoca uma mudança de sintomas durante o internamento ao mesmo tempo que a capacidade de regulação emocional media essa relação.
Principais conclusões relevantes para revisão	- Adolescentes com uma vinculação segura à mãe tem uma redução no tempo de internamento hospitalar psiquiátrico privado e melhoria dos sintomas desde a admissão até à alta. - A interação entre a vinculação segura e a mudança nos sintomas que causaram o internamento foi significativa em relação a adolescente com um vínculo inseguro, que permaneceram mais tempo hospitalizados. Os adolescentes com vínculo seguro tinham em média um tempo de internamento médio de 30,10 dias em comparação com 34,63 dias a adolescentes com vínculo inseguro. - É de extrema importância ensinar a aceitação emocional aos adolescentes com um vínculo inseguro. - Foi usado para avaliar a vinculação segura entre os jovens e as pessoas de referência o modelo de entrevista <i>A Child Attachment Interview (CAI)</i>. O CAI avalia a vinculação à pessoa de referência através de perguntas sobre as qualidades afetivas do relacionamento na diade. O entrevistador pede ao adolescente que descreva a pessoa de referência utilizando três palavras e, em seguida, pergunta o que ocorre quando a pessoa de referência está com raiva ou quando o adolescente precisa de ajuda, avaliando assim, a capacidade de resposta da pessoa de referência, e a valorização dessas experiências pelo adolescente - através de perguntas sobre a doença, a perda, o abuso ou a separação. - Com base no CAI, observou-se que adolescentes com um vínculo seguro a um dos pais teriam também um vínculo seguro ao outro. - As dificuldades sentidas pelas adolescentes no controle de impulsos foram correlacionadas com a raiva sentida em relação às pessoas de referência. - O vínculo seguro modera a mudança nos sintomas dos adolescentes havendo uma redução desses sintomas. - A não aceitação de respostas emocionais - que se referem em não refletir sobre as suas emoções e pensamentos, ao invés de apenas sentirem necessidade em exprimi-los - media a relação de vinculação materna e a mudança de sintomas durante o internamento. - De referir que a não aceitação de respostas emocionais influencia na abertura emocional e poderá ocorrer um entrave ao vínculo seguro, ao invés do que acontece quando um adolescente é capaz de expressar e refletir sobre emoções negativas, é capaz de transmitir sentimentos de dependência e de vulnerabilidade quando está chateado. - Estes autores concluem que existe um potencial para ensinar a aceitação emocional aos adolescentes com um vínculo inseguro, sendo esta uma característica que já é transversal à maioria das terapias, incluindo Terapias de aceitação e compromisso, Terapias comportamentais... - Estes autores defendem ainda a importância da parceria de cuidados com os pais - terapias familiares, sessões... - O modelo explorado por estes autores sugere que o vínculo inseguro está associado à negação ou evitação de emoções negativas e na dificuldade em expressar a vulnerabilidade emocional, e que por sua vez está associada a fatores que limitam a redução dos sintomas durante o internamento.

	- Neste estudo também se pode concluir que o vínculo ao pai não se relacionou com a mudança de sintomas durante o internamento. Estes autores afirmam que a falta de vínculo seguro ao pai, contrasta com a literatura que enfatiza a importância do vínculo seguro paterno no bem-estar das crianças. - O presente estudo representa uma nova e significativa área de pesquisa que pode encorajar pesquisas futuras sobre a importância do vínculo seguro para o resultado do tratamento hospitalar.
--	--

Autor/Ano/ País	Amanda Venta, Carla Sharp, Elizabeth Newlin, Yael Shmueli-Goetz/2015/EUA
Título	<i>An evaluation of the construct of earned security in adolescents: Evidence from an inpatient Sample</i>
Tipo de evidência científica	Estudo transversal
Objectivo (s)	Examinar a construção da segurança conquistada (indivíduos que transmitem vínculos seguros, apesar de se lembrarem de relacionamentos difíceis com as primeiras pessoas de referência) num grupo de adolescentes internados. Objetivos específicos do estudo: 1. Descrever um procedimento para identificar o subconjunto de adolescentes classificados como seguros que relataram experiências de vínculo inseguro, ou seja, o grupo com segurança conquistada. 2. Explorar se este grupo relatou mais angústia do que os adolescentes do grupo com segurança contínua. 3. Determinar se o grupo com segurança conquistada demonstra habilidades de regulação emocional quando comparável às do grupo de adolescentes com segurança contínua.
Principais conclusões relevantes para a revisão	- Um estudo sobre o vínculo no adulto descreveu um grupo de indivíduos que se lembram de relações de vinculação inseguras mas que são capazes de descrever essas experiências de maneira coerente, objetiva e aberta, tornando-se indivíduos seguros. Este estilo de vinculação foi definida como segurança conquistada (Pearson, Cohn, Cowan e Cowan, 1994), sendo diferenciada da segurança contínua, que se refere a indivíduos que transmitem vínculos coerente e seguros e descrevem de forma convincente relacionamentos de vinculação seguros às pessoas de referência. - Este grupo de indivíduos tem sido alvo de interesse clínico por existirem pesquisas anteriores que indicam que adultos com segurança conquistada, apesar de se lembrarem de cuidados iniciais negativos, conseguem ter relações interpessoais, tal como adultos com segurança contínua. Pearson, Cohn, Cowan e Cowan (1994) sugerem que adultos com segurança conquistada demonstram estilos parentais compatíveis com os de adultos com segurança contínua, e que ambos os grupos mostraram uma boa e calorosa estrutura parental. - Outro estudo de Saunders, Jacobvitz, Zaccagnino, Beverung e Hazen (2011), concluiu que mães que tinham uma segurança conquistada tinham a mesma probabilidade de ter um filho com um vínculo seguro quando comparadas com mães com uma segurança contínua. - A adolescência é um estágio de desenvolvimento particularmente importante para explorar a segurança conquistada. Neste estágio as relações de vinculação são testadas com o surgimento da autonomia. Ao contrário do que acontece nas crianças pequenas, os adolescentes, já tiveram tempo para revisar os primeiros modelos internos do vínculo criado à pessoa de referência. Vários estudos sugerem que neste estágio poderá existir uma capacidade de superar as adversidades nas primeiras relações de vinculação. - Para avaliar as representações mentais dos adolescentes sobre a vinculação à sua pessoa de referência foi utilizado o <i>Child Attachment Interview</i> (CAI). - Este estudo permitiu concluir que o grupo de adolescentes com segurança conquistada, que compunham aproximadamente 8% da amostra total, demonstram níveis de segurança (como coerência e abertura emocional) comparáveis ao grupo com segurança contínua (adolescentes seguros), e superiores aos do grupo inseguro.

	- Relativamente ao sentimento de raiva quando preocupados, o grupo com segurança conquistada mostrou mais raiva quando preocupados comparativamente ao grupo com segurança contínua e menos quando comparado ao grupo inseguro. - No grupo de segurança conquistada os adolescentes apresentavam sentimentos de angústia elevados durante a entrevista quando questionados comparativamente aos adolescentes seguros. No entanto é descrito no estudo que a predominância desse elevado sentimento de angústia poderá ter sido influenciado por a amostra de adolescente se encontrar mais vulnerável pela hospitalização. - Este grupo de adolescentes mostrou ainda uma falta de consciência emocional significativamente maior que o grupo de adolescentes seguros. Os itens desta categoria incluem: "Eu presto atenção em como me sinto", "Estou atento aos meus sentimentos" e "Eu importo-me com o que estou a sentir". Esta falta de consciência emocional é descrita como uma proteção para ajudar os adolescentes a esquecer as primeiras percepções negativas às pessoas de referência.
--	--

Autor/Ano/ País	Elaine Schafer/2011/Canadá
Título	<i>Benefits of Mother Goose: Influence of a Community-Based Program on Parent-Child Attachment Relationships in Typical Families</i>
Tipo de evidência científica	Estudo com grupo controlo
Objectivo (s)	Qual a influência do programa de base comunitária <i>Parent-Child Mother Goose</i> (PCMG), sobre as mudanças no relacionamento entre os pais e filhos e no consequente vínculo seguro criado entre os pais e filhos.
Principais conclusões relevantes para a revisão	- Estima-se que 50 a 60% das crianças de famílias típicas desenvolvem um vínculo seguro com os seus pais (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Van IZendoorn e Kroonenberg, 1988). - A importância do vínculo seguro entre filho e pais tem sido bem documentada nos últimos 50 anos e demonstram que estas crianças seguras são socialmente mais competentes (Schneider, Atkinson, & Tardif, 2001; Troy & Sroufe, 1987), menos propensas a terem problemas emocionais e comportamentais (DeVito & Hopkins, 2001; Fagot & Levy, 1998) e menos propensas a problemas clínicos (Chatoor, Ganiban, Colin, Plummer, & Harmon, 1998; Mirazek, Casey, & Anderson, 1987), comparativamente a crianças inseguras. - Bowlby (1982) propôs que as experiências das crianças com os cuidadores exercem uma poderosa influência no desenvolvimento das representações de vinculação, sugeriu que uma vinculação segura resulta dos cuidados responsivos e apropriados, e consequentemente os indivíduos desenvolvem uma percepção de si mesmo como dignos de cuidado e que os outros deverão ser receptivos e sensíveis ao cuidar. - Idealmente as crianças devem sentir-se seguras e satisfeitas na presença da sua pessoa de referência, e em situações de ameaça devem procurar a proximidade com as suas pessoas de referência como porto seguro. Embora a procura pelo porto seguro seja semelhante em todas as crianças, os mecanismos para a proximidade diferem consoante as experiências do cuidado (Ainsworth et al., 1978). Serão essas diferenças individuais de vinculação que serão interiorizadas e guiarão as reações às situações sociais ao longo da vida (Bowlby, 1973). - Vários estudos sugerem que poderá ser possível uma mudança no vínculo, por eventos de vida, depressão, nascimento de um irmão... e descobriram que o aumento da qualidade de cuidados foi associada a mudanças de vínculo inseguro para seguro (Egeland & Farber, 1984; Rauh, Ziegenhain, Müller, & Wijn Rocks, 2000; Vondra, Hommerding, & Shaw, 1999). E contrariamente, descobriu-se que a diminuição nos cuidados de qualidade está associada a mudanças de vínculo seguro para inseguro (Egeland & Sroufe, 1981; Vaughn, Egeland, Sroufe, & Waters, 1979). - O programa PCMG, tem como foco o prazer, em que usa rimas, músicas e histórias apropriadas para entreter e acalmar os seus bebés/crianças, para fortalecer o vínculo entre pais e filhos

	(Formosa & Heinz, 2003). De entre os resultados positivos esperados destacam-se maior positividade das interações pais e filhos, melhoria na compreensão dos pais sobre o comportamento e o desenvolvimento infantil típicos (Formosa & Heinz, 2003; Lottridge, Hamilton, Shewchuk, & Knott, 2004). - Neste estudo participaram mães e filhos com idades compreendidas entre os 0 e os 50 meses de idade, com uma média de 12,59 meses e que manifestaram o desejo de participar no programa. - Os resultados deste programa relatam níveis mais eficazes de eficácia parental e influenciaram positivamente o desenvolvimento das crianças. Neste programa os pais aprendem maneiras alternativas de acalmar o seu filho e tornam-se mais conscientes das preferências deste. É esperado que cada mudança aumente a capacidade dos pais de reagir às necessidades dos seus filhos de maneira sensível e responsiva. - Neste estudo, as mães que participaram do programa relataram níveis mais altos de eficácia parental ao longo do tempo. - Está estabelecido que o aumento da sensibilidade parental está associado a mudanças do vínculo inseguro para seguro (Egeland & Farber, 1984; Egeland & Sroufe, 1981; Rauh et al., 2000; Vondra et al., 1999). - Uma das limitações a este estudo deve-se ao facto das famílias que participaram serem relativamente estáveis, de classe média e funcionais. Claramente, a influência positiva deste programa deve ser estudada numa amostra de alto risco em que os efeitos seriam ainda maiores. - Este estudo é uma maneira económica de intervir com pais que não estão em risco e cujos filhos podem beneficiar de habilidades parentais aprimoradas. Os pais seguros serão mais propensos a procurar apoio e relatar as satisfação com o apoio recebido ao invés de pais inseguros que terão uma maior dificuldade em pedir apoio e poderão ver os tipos de apoio como negativos, por se sentirem julgados quando os profissionais de saúde se concentram nos benefícios deste programa específico para as suas crianças.
--	--

Autor/Ano/ País	Ross Wilkinson, Fiona Scherl/2006/Austrália
Título	<i>Psychological health, maternal attachment and attachment style in breast- and formula-feeding mothers: a preliminary study</i>
Tipo de evidência científica	Estudo exploratório descritivo
Objectivo (s)	Entender esta área de pesquisa e explorar a saúde psicológica, o vínculo materno, o vínculo de mães que amamentam e mães que usam leite adaptado.
Principais conclusões relevantes para a revisão	- Os resultados deste estudo sugerem que os estilos de vínculo seguro estão relacionados a uma maior saúde psicológica e vínculo materno e predizem a probabilidade da mãe mudar o método de alimentação do seu bebé. Desafiam ainda, as suposições amplamente aceites sobre a importância da amamentação para o bem-estar materno e o vínculo ao seu bebé e apoiam a literatura sugerindo que o vínculo desempenha um papel importante na regulação do afeto e no ajuste à nova etapa da maternidade. - As percentagens de início e manutenção da amamentação variam muito internacionalmente (OMS, 2003). Enquanto que as percentagens de iniciação são altas em alguns países desenvolvidos (Dinamarca: 99,5%; Austrália: 81,8%; Suécia: 85,3%) em comparação com outros países desenvolvidos (EUA: 59,7%; Escócia: 35,6%), as percentagens de amamentação diminuí drasticamente nas primeiras semanas pós-parto (Donath & Amir, 2000). Apenas uma pequena percentagem de crianças é amamentada total ou parcialmente aos 3 meses de idade e uma percentagem menor recebe algum leite materno aos 12 meses de idade (Donath & Amir, 2000; WHO, 2003; Forster et al., 2004). A maioria das mães não segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) para amamentar exclusivamente os seus bebés pelo menos até aos 6 meses.

	- Outros estudos identificaram esta decisão como sendo influenciada pelas crenças e expectativas da mãe em relação ao método de alimentação (Earle, 2000) e o apoio a esse método por seu parceiro e família (Dix, 1991; Freed et al., 1992; Shepherd et al., 2000). Outros estudos identificaram ainda, que ter mais de um filho (Losch et al., 1995) e menor status socioeconômico (Hitchcock & Coy, 1988; Liliburne et al., 1988; Scott & Bins, 1998; Forster et al. 2004) influenciam especificamente a decisão de alimentação leite adaptado. - Pesquisas também mostraram que o desmame é influenciado por uma série de outros fatores. A razão mais frequentemente relatada para o desmame relaciona-se com problemas físicos com a lactação, como recusa da mama, baixa produção de leite e dor nos seios e mamilos (Bailey & Sherriff, 1993; Stamp & Crowther, 1995; Bick et al., 1998). Outras razões incluem aspectos da experiência obstétrica (por exemplo, parto por cesariana e bebês prematuros) ou pós-natal (por exemplo, conselhos inconsistentes) (Bick et al., 1998), baixo apoio disponível para a amamentação no ambiente social da mãe (Bailey & Sherriff, 1993), e o precoce retorno ao trabalho (Gielen et al., 1991). - Uma notável lacuna nas pesquisas sobre esta temática é a exploração da experiência materna subjetiva de amamentação e desmame. Segundo, Schmied et al. (2001) a grande maioria das pesquisas estão relacionadas à alimentação e têm-se concentrado nos aspectos fisiológicos da amamentação, nos benefícios imunológicos do leite materno para o bebê e nas práticas profissionais associadas à dificuldade na amamentação. Estes autores, observaram que a própria mãe que amamenta raramente é discutida e, nas raras ocasiões em que é (Blum, 1993; Dignam, 1995), apenas as experiências positivas de calor e intimidade com o bebê são enfatizadas. Possíveis experiências maternas negativas de amamentação e experiências de mães que amamentam com leite adaptado foram amplamente ignoradas nas pesquisas até o momento. - Estudos qualitativos recentes mostraram a importância psicológica do aleitamento materno para as mulheres e a angústia e o transtorno que o desmame precoce pode originar. - Defensores do aleitamento materno afirmam que a amamentação promove relaxamento geral e promove consequências emocionais positivas para as mães (Mezzacappa, 1997) e satisfação em dar ao bebê o melhor alimento possível (NMAA, 1991). Consistente com essas afirmações, alguns estudos documentaram mães que amamentam relatando que são mais calmas, menos ansiosas e menos stressadas do que mães que oferecem leite adaptado (Wiesenfeld et al., 1985; Virden, 1988; Heck & de Castro, 1993; Mezzacappa et al., 1985; Virden, 1988; Heck & de Castro, 1993; Mezzacappa et al., 2000). - Outros estudos encontraram taxas mais altas de depressão em mães que amamentam do que em mães que desmamaram os seus bebês. (Alder & Cox, 1983; Alder & Bancroft, 1988; Romito, 1988; Cooper et al., 1993). - Por outro lado, o desmame poderá estar associado ao aumento dos sintomas ou ocorrências de pânico, ansiedade, depressão, psicose, mania e obsessão nas mães (Susman & Katz, 1988; Cowley & Byrne, 1989; Klein et al. ai., 1995). - A alimentação não é necessária nem suficiente para criar o vínculo segura mãe/bebê (Cassidy, 1999). Apesar de tais evidências, acredita-se que a amamentação cria uma maior proximidade física e emocional entre mãe e o seu filho (Martone & Nash, 1988; NMAA, 1991; Tarkka et al., 1999). Os profissionais de saúde também assumem frequentemente que as mães que amamentam estão emocionalmente mais ligadas aos seus bebês do que as mães que amamentam (Martone & Nash, 1988). - Segundo, Martone e Nash (1988) nos seus estudos, afirmam que a amamentação não garante que a mãe forme um vínculo mais seguro com seu bebê. - Mikulincer e Florian (1998) examinaram o possível impacto do vínculo materno em vários aspectos da maternidade. Mães com vínculo ansioso-ambivalente mostraram maior ansiedade durante a gravidez do que mães com vínculo seguro. Mães com vínculo ansioso-ambivalente e evitante relataram níveis mais altos de sofrimento psicológico do que mães com um vínculo seguro ao lidar com o nascimento de um novo filho. Descobriu-se que as mães com um vínculo seguro avaliam a tarefa de ser uma nova mãe de maneira menos ameaçadora do que as mães com vínculo ansioso-ambivalente e evitante. - O vínculo seguro serve como um recurso interno de proteção que ajuda as mães a ajustarem-se às demandas de seu papel parental, enquanto o vínculo inseguro pode dificultar esse ajuste. O vínculo seguro também pode ajudar as mães a ajustarem-se ao stress associado à amamentação e persistirem com a mesma. Para mães com um vínculo inseguro, as dificuldades de alimentação do seu bebê podem aumentar a ansiedade e desviar a atenção dos pensamentos de resolução de problemas, e ao desmamar o seu filho e experienciar efeitos prejudiciais como o fracasso pessoal.
--	--

	- Este estudo apoiou o que foi examinado por (Mikulincer, Florian, 1998), que sugere especificamente que um vínculo seguro ajuda as mães a se ajustarem aos stresses associados à amamentação e a persistirem com a amamentação, enquanto que um vínculo inseguro pode dificultar nesse processo e implicar o desmame do bebê. - Também foi confirmado neste estudo que as mães com um vínculo seguro teriam uma melhor saúde mental do que as mães com vínculos inseguros. O que apoia a literatura que sugere que vínculo seguro funciona como fator protetor contra problemas psicológicos (Kobak & Sceery, 1988; Shaver & Hazan, 1993; Mikulincer & Orbach, 1995; Wilkinson & Parry, 2004).
--	--

Autor/Ano/ País	Seye Obadina/2013/ Londres
Título	<i>Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development</i>
Tipo de evidência científica	Artigo de revisão de literatura
Objectivo (s)	Fornecer uma visão geral do processo de vinculação, formas seguras e inseguras da vinculação, o impacto que pode ter no desenvolvimento infantil e recomendações para a prática.
Principais conclusões relevantes para revisão	- O desenvolvimento da vinculação começa no nascimento e pode ter um impacto duradouro na saúde e no bem-estar das crianças. É imperativo que os profissionais (incluindo, serviços infantis, visitas de saúde e enfermagem escolar) sejam capazes de intervir positivamente e influenciar as relações pais-filhos. - O desenvolvimento infantil positivo baseia-se unicamente nas interações e envolvimento com o cuidador principal (Cohen et al, 2012). - A vinculação biológica de uma criança ao cuidador é um processo de sobrevivência, é uma indicação de que a criança está a sentir dor, medo, frio ou fome e espera que o seu cuidador responda e corrija o seu desconforto (Howe, 2005; Glaser, 2000). - A atitude dos pais em relação aos cuidados com os filhos é moldado por sua própria experiência de vinculação recebida dos cuidadores enquanto criança. Em situações de abuso e negligência o padrão pode ser replicado (Howe, 2005). - O desenvolvimento do cérebro ocorre após o nascimento e nos primeiros três anos de vida da criança (Aldgate et al, 2006). O ambiente e as relações com os cuidadores desempenham um papel crucial no seu desenvolvimento. - As primeiras interações entre uma criança e cuidador principal são cruciais para o estabelecimento de um desenvolvimento emocional saudável (Aldgate et al, 2006). - Experiências negativas, especialmente uma fraca estimulação podem ter um impacto negativo na construção de conexões neurais que formam a base do desenvolvimento cognitivo e social. - De acordo com Perry (2002), a resposta da criança ao stress (necessidades não atendidas ou hostilidade) pode produzir níveis altos de cortisol. O stress crônico na infância aumenta exponencialmente o nível de cortisol podendo ter um efeito tóxico no desenvolvimento do cérebro e afetar futuramente a sua saúde e o seu comportamento (Goldberg et al, 1997). - A incapacidade dos pais para atender às necessidades de seus filhos pode ser prejudicado potenciando doenças mentais, uso de drogas e álcool, dificuldades de aprendizagem e violência. - Ambientes familiares com stress familiar, falta de rede de apoio e falta de vínculo estão associadas a situações de abuso. No entanto, fatores de proteção como estado civil dos pais, idade dos cuidadores, emprego e etnia, pode ter um efeito positivo na recorrência dos maus-tratos (Farmer e Lutman, 2012; Howe et al, 1999). Outros fatores de proteção incluem a presença de um cuidador não-abusivo e família de apoio com uma vontade de assumir a responsabilidade e envolver-se com profissionais.

	- De acordo com Perry (2002), os fatores de risco de situações de abuso repetido incluem crianças muito pequenas, com necessidades especiais de saúde e casos de abandono. Pais com dificuldades de aprendizagem podem não ser capazes de aprender ou reter novas habilidades, isso pode levar a baixa auto-estima e, como resultado, afetar suas habilidades parentais, tornando-os vulneráveis à exploração financeira e sexual, violência doméstica, assédio e bullying (Cleaver et al, 2011; McGaw e Newman, 2005). Também os pais com adições são mais propensos a alterações de humor, delírios, perdas de memória e por vezes de consciência, deixando-os incapazes para atender às necessidades de seus filhos ou mantê-los seguros. - Em situações de violência doméstica a auto-estima dos pais, enquanto vítimas pode estar diminuída impedindo-os de proteger o seu filho de situações de abuso, uma vez que estão a lutar por apaziguar os comportamentos do agressor. - Stevenson (2007) acredita que a exposição crônica a trauma ou stresse tóxico na primeira infância podem danificar o cérebro e afetar severamente todos os aspectos do futuro de aprendizagem, comportamento e saúde; O stress tóxico também pode alterar o sistema imunitário e causar doenças cardiovasculares, hepatites virais, cancro de fígado, asma, doença pulmonar, depressão, doença autoimune entre outras. - Crianças em idade pré-escolar expostas à violência são menos propensas a explorar e brincar livremente, pois estão menos motivadas a conhecer o ambiente que as rodeia. Estas crianças podem não ter controle de impulsos e pode achar difícil manter amigos,, podendo levar à solidão, a um comportamento anti-social e desafiador, a uma baixa auto-estima, a ansiedade e a alterações de humor (Howe, 2005). - Ser amado e valorizado pelo cuidador dá conforto, segurança e prazer (Howe, 2005). - É imperativo que os profissionais sejam capazes de intervir positivamente e influenciar os relacionamentos pais-filhos, assim como promover intervenções que melhoram a qualidade de cuidados nos primeiros anos. - Enfermeiras de saúde escolar podem trabalhar com crianças, pais, serviços infantis, escolas através do trabalho de promoção da saúde e visitas domiciliárias a fim de promover a consciencialização sobre a vinculação e seu impacto nas crianças. - Nem todos os pais com doença mental, dificuldade de aprendizagem e/ou que sofreram violência doméstica e/ou são dependentes de drogas/álcool abusam ou negligenciam os seus filhos; é importante compreender que são apenas fatores que aumentam consideravelmente a possibilidade de abuso. Contudo, os pais são capazes de superar as suas vulnerabilidades e percebem o impacto do seu comportamento no seu filho estando disponíveis para trabalhar com os profissionais para melhorar as perspectivas futuras do seu filho.
--	---

7. Discussão

A atual scoping review procurou compreender de que forma a vinculação segura entre a criança e pessoa de referência interfere durante os cuidados de enfermagem pediátrica, quais as estratégias para a sua promoção durante os cuidados de enfermagem pediátrica assim como qual a sua influência no desenvolvimento infantil.

Com a análise dos artigos que foram incluídos foi possível compreender que a promoção da vinculação segura da criança à sua pessoa de referência, pelos profissionais de saúde é de extrema importância para o desenvolvimento infantil.

Uma vinculação segura traz benefícios tanto em ganhos para a saúde, como na redução no tempo de hospitalização das crianças, como para as próprias crianças e as suas pessoas de referência.

Tentando dar resposta à nossa questão de revisão, “Qual a influência da vinculação segura entre a criança e pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica?”, permite-nos afirmar que existem vários estudos dirigidos à população estabelecida, desde o nascimento até à adolescência. Vários exemplos desses benefícios encontram-se enumerados nos 5 artigos que foram incluídos nesta revisão (Obadina, 2013; Schafer, 2011; Venta et al., 2014 e 2015; Wilkinson et al., 2006).

Após a realização desta revisão foi possível verificar a importância que a influência do vínculo seguro tem para a prática de enfermagem e para o desenvolvimento infantil pelas seguintes afirmações: “A interação entre a vinculação segura e a mudança nos sintomas que causaram o internamento foi significativa em relação a adolescente com um vínculo inseguro, que permaneceram mais tempo hospitalizados. Os adolescentes com vínculo seguro tinham em média um tempo de internamento médio de 30,10 dias em comparação com 34,63 dias a adolescentes com vínculo inseguro.”; “O vínculo seguro modera a mudança nos sintomas dos adolescentes havendo uma redução desses sintomas. A não aceitação de respostas emocionais - que se referem em não refletir sobre as suas emoções e pensamentos, ao invés de apenas sentirem necessidade em exprimi-los”; “existe um potencial para ensinar a aceitação emocional aos adolescentes com um vínculo inseguro, sendo esta uma característica que já é transversal à maioria das terapias, incluindo Terapias de aceitação e compromisso, Terapias comportamentais...”; “a importância da parceria de cuidados com os pais - terapias familiares, sessões...”; “o vínculo inseguro está associado à negação ou evitação de emoções

negativas e na dificuldade em expressar a vulnerabilidade emocional, e que por sua vez está associada a fatores que limitam a redução dos sintomas durante o internamento.”; “vínculo ao pai não se relacionou com a mudança de sintomas durante o internamento. Estes autores afirmam que a falta de vínculo seguro ao pai, contrasta com a literatura que enfatiza a importância do vínculo seguro paterno no bem-estar das crianças.”; “A adolescência é um estadio de desenvolvimento particularmente importante para explorar a segurança conquistada. Neste estadio as relações de vinculação são testadas com o surgimento da autonomia. Ao contrário do que acontece nas crianças pequenas, os adolescentes, já tiveram tempo para revisar os primeiros modelos internos do vínculo criado à pessoa de referência. Vários estudos sugerem que neste estadio poderá existir uma capacidade de superar as adversidades nas primeiras relações de vinculação.” Percebeu-se que um adolescente com vinculação segura conquistada não tem uma consciência emocional de si próprio: ““Eu presto atenção em como me sinto”, “Estou atento aos meus sentimentos” e “Eu importo-me com o que estou a sentir”. Esta falta de consciência emocional é descrita como uma proteção para ajudar os adolescentes a esquecer as primeiras percepções negativas às pessoas de referência.”; “O programa PCMG, tem como foco o prazer, em que usa rimas, músicas e histórias apropriadas para entreter e acalmar os seus bebés/crianças, para fortalecer o vínculo entre pais e filhos (Formosa & Heinz, 2003). De entre os resultados positivos esperados destacam-se maior positividade das interações pais e filhos, melhoria na compreensão dos pais sobre o comportamento e o desenvolvimento infantil típicos (Formosa & Heinz, 2003; Lottridge, Hamilton, Shewchuk, & Knott, 2004).”; “Os resultados deste programa relatam níveis mais eficazes de eficácia parental e influenciaram positivamente o desenvolvimento das crianças. Neste programa os pais aprendem maneiras alternativas de acalmar o seu filho e tornam-se mais conscientes das preferências deste. É esperado que cada mudança aumente a capacidade dos pais de reagir às necessidades dos seus filhos de maneira sensível e responsiva.”; “Está estabelecido que o aumento da sensibilidade parental está associado a mudanças do vínculo inseguro para seguro (Egeland & Farber, 1984; Egeland & Sroufe, 1981; Rauh et al., 2000; Vondra et al., 1999).”; “Os profissionais de saúde também assumem frequentemente que as mães que amamentam estão emocionalmente mais ligadas aos seus bebés do que as mães que amamentam (Martone & Nash, 1988).”; “Mães com vínculo ansioso-ambivalente mostraram maior ansiedade durante a gravidez do que mães com vínculo seguro. Mães com vínculo ansioso-ambivalente e evitante relataram níveis mais altos de sofrimento psicológico do que mães com um vínculo seguro ao lidar com o nascimento de um novo filho.”; “Descobriu-se que as mães com um vínculo seguro avaliam a tarefa de ser

uma nova mãe de maneira menos ameaçadora do que as mães com vínculo ansioso-ambivalente e evitante.”; “O vínculo seguro serve como um recurso interno de proteção que ajuda as mães a ajustarem-se às demandas de seu papel parental, enquanto o vínculo inseguro pode dificultar esse ajuste. O vínculo seguro também pode ajudar as mães a ajustarem-se ao stress associado à amamentação e persistirem com a mesma.”; “O desenvolvimento da vinculação começa no nascimento e pode ter um impacto duradouro na saúde e no bem-estar das crianças. É imperativo que os profissionais (incluindo, serviços infantis, visitas de saúde e enfermagem escolar) sejam capazes de intervir positivamente e influenciar as relações pais-filhos.”; “A vinculação biológica de uma criança ao cuidador é um processo de sobrevivência, é uma indicação de que a criança está a sentir dor, medo, frio ou fome e espera que o seu cuidador responda e corrija o seu desconforto (Howe, 2005; Glaser, 2000).”; “A atitude dos pais em relação aos cuidados com os filhos é moldado por sua própria experiência de vinculação recebida dos cuidadores enquanto criança. Em situações de abuso e negligência o padrão pode ser replicado (Howe, 2005).”; “O desenvolvimento do cérebro ocorre após o nascimento e nos primeiros três anos de vida da criança (Aldgate et al, 2006). O ambiente e as relações com os cuidadores desempenham um papel crucial no seu desenvolvimento.”; “Stevenson (2007) acredita que a exposição crônica a trauma ou stress tóxico na primeira infância podem danificar o cérebro e afetar severamente todos os aspectos do futuro de aprendizagem, comportamento e saúde; O stress tóxico também pode alterar o sistema imunitário e causar doenças cardiovasculares, hepatites virais, cancro de fígado, asma, doença pulmonar, depressão, doença autoimune entre outras.”; “Crianças em idade pré-escolar expostas à violência são menos propensas a explorar e brincar livremente, pois estão menos motivadas a conhecer o ambiente que as rodeia. Estas crianças podem não ter controle de impulsos e pode achar difícil manter amigos, podendo levar à solidão, a um comportamento anti-social e desafiador, a uma baixa auto-estima, a ansiedade e a alterações de humor (Howe, 2005).”; “É imperativo que os profissionais sejam capazes de intervir positivamente e influenciar os relacionamentos pais-filhos, assim como promover intervenções que melhoram a qualidade de cuidados nos primeiros anos.”; “Enfermeiros de saúde escolar podem trabalhar com crianças, pais, serviços infantis, escolas através do trabalho de promoção da saúde e visitas domiciliárias a fim de promover a consciencialização sobre a vinculação e seu impacto nas crianças.”.

Podemos afirmar que a literatura científica encontrada estava maioritariamente dirigida às repercussões na fase da adolescência relacionando com os maus tratos e abuso infantil e em

crianças e adolescentes com doença mental. Mas apesar de ser entendida a sua aplicabilidade nos cuidados pediátricos não foi incluída por não ser a área de Especialização formativa.

8. Conclusão

Os enfermeiros acabam por desempenhar um papel crucial para ajudar a estabelecer o vínculo seguro em qualquer faixa etária infantil, tanto a nível de internamento, como na comunidade como em contextos de urgência pediátrica. Cabe aos Enfermeiros aproveitar todos os momentos de acompanhamento à família nos diferentes contextos, para educar e capacitar as pessoas de referência para uma melhoria contínua dos cuidados à sua criança.

Como intervenções de enfermagem retiradas da literatura incluída podemos destacar a promoção da amamentação, tendo em consideração os benefícios ou não para as mães, a comunicação e o apoio emocional às pessoas de referência para ajudar a criar estratégias para compreender as pistas e serem mais responsivos às situações de stress da sua criança, e a promoção da parceria de cuidados entre os Enfermeiros e pessoas de referências através de estratégias para que estes passem a ser os principais cuidadores das suas crianças.

Torna-se possível observar os efeitos de um vínculo seguro na díade criança-pessoa de referência e enumerar benefícios para o seu desenvolvimento infantil, como a capacidade de enfrentarem situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança. Destaca-se ainda a capacidade das crianças de se autorregular emocionalmente e serem socialmente mais produtivas. O vínculo seguro às suas pessoas de referência facilita que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e muitas vezes até em momentos de exaustão.

9. Agradecimentos

Agradecimento à Dna. Maria Perdigão, Bibliotecária da Universidade Católica Portuguesa, por todo o apoio e disponibilidade demonstrada para ensinar no manuseio das várias bases de dados usadas para a realização desta revisão, assim como na orientação para a construção das equações de pesquisa nas bases de dados eletrónicas.

10. Financiamento

Não existiu qualquer tipo de financiamento para a concretização desta scoping review.

11. Contribuição dos Autores

J. R. L. Garcia - Responsável pela criação, desenho do estudo, realização da colheita, análise e interpretação dos dados e a elaboração da presente revisão.

P. C. C. Pereira - Responsável pela criação, desenho do estudo, realização da colheita, análise e interpretação dos dados e a elaboração da presente revisão.

Z. B. Charepe contribuiu para a orientação, desenvolvimento e finalização da presente revisão.

12. Conflito de interesses

Não há conflitos de interesse neste protocolo de revisão de scoping.

Referências Bibliográficas

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://synthesismanual.jbi.global>.

Barnard, K., Guo, Y., Leu, S., Spieker, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. *Infant and Child Development* 24: 256-273. Disponível em: An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. - EBSCO

Claro, Patrícia da Costa. Mota, Catarina Pinheiro. (2018). O papel da vinculação aos pais e da regulação emocional no investimento esquemático na aparência em jovens adultos. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Educação e Psicologia. Disponível em: 2215-3535-ap-33-126-97.pdf (scielo.sa.cr);

Gonçalves, Marta Alexandra Martins. (2019). Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/41501>;

Nascimento, Miguel Filipe Pereira. (2016). Influência da segurança de vinculação aos pais na transferência de componentes de vinculação aos pares na adolescência. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/27678>;

Obadina, S. (2013). Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development. *British Journal of School Nursing* , Vol 8 No 6 (P.290-295);

Scharfe, E. (2011). Benefits of Mother Goose: Influence of a Community-Based Program on Parent-Child Attachment Relationships in Typical Families. *Child Welfare* , Vol. 90, No. 5 (P9-26);

Scherl, B. (2006). Psychological health, maternal attachment an attachment style in breast- and formula-feeding mothers: a preliminary study. *JOURNAL OF REPRODUCTIVE AND INFANT PSYCHOLOGY* , Vol. 24, No. 1 (P.5-19);

Venta, A., Sharp, C., & Newlin, E. (2014). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*;

Venta, A., Sharp, C., Shmueli-Goetz, Y., Newlin, E. (2015). An evaluation of the construct of earned security in adolescents: Evidence from an inpatient sample. *Bulletin of the Menninger Clinic* , Vol. 79, No. 1 (P.41-69).

Apêndices

Apêndice 1: Mapa de Conceitos

PCC	Medline (MeSH)	Pubmed (MeSH)	Cinahl (Cinahl Subject Headings)
População	- <i>child, hospitalized</i> - <i>infant, newborn</i> - <i>infant</i> - <i>child</i>	- <i>child, hospitalized</i> - <i>infant, newborn</i> - <i>infant</i> - <i>child</i>	- <i>Child, Hospitalized</i> - <i>Infant, Hospitalized</i> - <i>Child</i>
Conceito	- <i>object attachment [MeSH Terms].</i>	- <i>object attachment [MeSH Terms].</i>	- <i>Attachment Behavior</i>
Contexto	- <i>inpatients [MeSH Terms].</i> - <i>community health centres</i> - <i>community health services</i>	- <i>inpatients [MeSH Terms].</i> - <i>community health centres</i> - <i>community health services</i>	- <i>Inpatients</i> - <i>Community Health Centres</i> - <i>Community Health Services</i>
Language m natural (Outras palavras sinónimas usadas, mas que não estão “classifica das” como descriptor)		- <i>child hospitalized [All Fields]</i> - <i>infant newborn [All Fields]</i> - <i>infant [All Fields]</i> - <i>infants [All Fields]</i> - <i>infant s [All Fields]</i> - <i>child [All Fields]</i> - <i>children [All Fields]</i> - <i>child s [All Fields]</i> - <i>children s [All Fields]</i> - <i>childrens [All Fields]</i> - <i>childs [All Fields]</i> - <i>inpatient s [All Fields]</i> - <i>Inpatients [All Fields]</i> - <i>Inpatient [All Fields]</i> - <i>Community Health Services [All Fields]</i>	

Apêndice 2: Estratégia e limitadores da pesquisa aplicados por base de dados e os respectivos resultados da pesquisa por base de dados.

Medline Complete	Equação booleana	Resultados
S1	MH ("child, hospitalized" OR "infant, newborn" OR infant OR child OR adolescent)	4,312,963
S2	MH "object attachment"	14,533
S3	MH (inpatients OR "Community Health Services" OR "Community Health Centers")	188,288
S4	S1 AND S2 AND S3	130
S5	S1 AND S2 AND S3 Restringir por Idioma - Inglês	108
Pesquisa efetuada a 06 de novembro de 2022.		

PubMed	Equação booleana	Resultados
#1	"child hospitalized"[All Fields] OR "infant newborn"[All Fields] OR "infant*"[MeSH Terms] OR "child*"[MeSH Terms]	2,836,704
#2	"object attachment" [MeSH Terms]	14,417
#3	"inpatients*"[MeSH Terms] OR "Community Health Services"[All Fields] OR "Community Health Centers"[MeSH Terms]	75,009
#4	#1 AND #2 AND #3	17
#5	#1 AND #2 AND #3 Restringir por Idioma – Inglês, Português, Espanhol	15
Pesquisa efetuada a 06 de novembro de 2022.		

Cinahl Complete	Equação booleana	Resultados
S1	MH "Child, Hospitalized" OR "Infant, Hospitalized" OR Child	826,523
S2	MH "Attachment Behavior"	6,072
S3	MH Inpatients OR "Community Health Centres" OR "Community Health Services"	25,822
S4	S1 AND S2 AND S3	5
Pesquisa efetuada a 15 de abril de 2022.		

APÊNDICE II - Póster científico apresentado no V Seminário Internacional do
Mestrado em Enfermagem Especializada



INFLUÊNCIA DA VINCULAÇÃO SEGURA ENTRE A CRIANÇA E PESSOA DE REFERÊNCIA DURANTE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UMA SCOPING REVIEW

PEREIRA, Patrícia ^a; GARCIA, Joana ^b; CHAREPE, Zaida ^c

^a. Mestranda em Enfermagem, especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Enfermeira na Clínica 3 e 4, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. (pat.garcia@icjs.uciport.ucp.pt)

^b. Mestranda em Enfermagem, especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

^c. Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

▶ INTRODUÇÃO: A vinculação da criança à pessoa de referência é um conceito complexo, mas considerado fundamental durante a prestação de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros encontram-se numa posição ideal para promover o vínculo seguro na diade e para despistar algum vínculo inseguro que possa existir, facilitando a intervenção precoce nos cuidados, a criação de estratégias para a parceria de cuidados entre as pessoas de referência/enfermeiro e a implementação de intervenções de enfermagem que promovam esse vínculo. Bowlby (1994), considerou a vinculação como uma ligação emocional, quando o cuidador está atado, aumenta a ansiedade do bebé por se sentir desprotegido, e ativa o sistema de vinculação para que o cuidador se aproxime, através de comportamentos como o chorar e o agarrar. Quando existe uma separação ou uma situação ameaçadora, a procura de proximidade é intensificada (porto seguro). Quando o bebé consegue obter essa proximidade e o consolo emocional do cuidador, diminui os níveis de ansiedade e por consequência aumenta os níveis de confiança, demonstrando a componente vinculação de base segura (Nascimento, 2016), deste modo "a criança e, posteriormente, o adolescente, fortalece os seus comportamentos de exploração do meio envolvente e desenvolve a sua autonomia e identidade" (Bowlby, 1998; Morgado, Maroco, 2012, referenciado por Monteiro, 2019). Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978), identificaram três tipos de padrões de vinculação na infância que se organizam em duas categorias, a vinculação segura e a vinculação insegura (que pode ser ansiosa-ambivalente ou evitante), que mostram a forma como as crianças captam "a disponibilidade da figura de vinculação em momentos de procura de conforto ou proteção e como organiza as suas respostas tendo em conta estas percepções" (Gonçalves, 2019).

▶ PALAVRAS-CHAVE: Crianças. Cuidadores. Enfermagem Pediátrica. Teoria da Vinculação.

▶ OBJETIVOS: Mapear a evidência científica disponível sobre a influência da vinculação segura aos cuidadores (mãe/pai/pessoa de referência) durante os cuidados de enfermagem pediátrica.

▶ MATERIAIS E MÉTODOS: A Scoping review seguiu o protocolo preconizado pelo Joanna Briggs Institute para scoping review (2020) e foram incluídos estudos que pudessem responder aos objetivos e à questão de revisão: "Qual a influência da vinculação segura entre a criança e pessoa de referência durante os cuidados de enfermagem pediátrica?". A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas CINAHL Complete, PUBMED e MEDLINE Complete, via EBSCO. Usaram-se os termos de forma individual ou em combinação: ("Child, Hospitalized" OR "Infant, Hospitalized" OR "Infant, Newborn" OR Infant OR Child OR Adolescent OR "Adolescent, Hospitalized") AND ("Object Attachment" OR "Attachment Behavior") AND (Inpatients OR "Community Health Services" OR "Community Health Centers"). A análise foi realizada por três revisores independentes, durante os meses de outubro e novembro de 2022. Foram incluídos estudos qualitativos, quantitativos, mistos, revisões sistemáticas, literatura cinzenta e estudos não publicados nos idiomas, Espanhol, Português e Inglês com base nos critérios de inclusão: estudos cuja população seja constituída por crianças dos 0 aos 18 anos, sujeitos a cuidados de saúde de enfermagem e que abordem o conceito de vinculação das crianças às pessoas de referência). Não foi limitada temporalmente a pesquisa.

▶ RESULTADOS: Obtidos 128 estudos, após remoção de duplicados, da exclusão por título e pelo abstract, identificaram-se 35 para revisão de texto integral e análise de critérios de elegibilidade. Após a leitura do texto integral resultou uma amostra de 5 que responderam aos critérios de inclusão. Os diferentes resultados obtidos apontam para as estratégias do profissional conseguirem distinguir os diversos tipos de vínculos, estratégias para a sua promoção, a sua influência no desenvolvimento infantil, os inúmeros benefícios da amamentação, a comunicação e o apoio emocional às pessoas de referência para ajudar a criar estratégias para compreender as pistas e poderem ser mais responsivos às suas crianças e, a promoção da parceria de cuidados entre os enfermeiros/pessoas de referências.

▶ CONCLUSÃO: Os enfermeiros desempenham um papel crucial para ajudar a estabelecer o vínculo seguro em qualquer faixa etária infantil, durante o internamento, na comunidade ou em contexto de urgência, para educar e capacitar as pessoas de referência para uma melhoria contínua dos cuidados. Toma-se possível observar os efeitos do vínculo seguro na diade e enumerar benefícios para o desenvolvimento infantil, como a capacidade de enfrentar situações de stress, medo e procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança. Destaca-se ainda, a capacidade das crianças se autorregular emocionalmente e serem socialmente mais produtivas. O vínculo seguro permite que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e em momentos de exaustão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aronowitz, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. <https://synthesismanual.jbi.org/>.
Gonçalves, M. A. M. (2019). Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. <http://hdl.handle.net/10451/41501>.
Nascimento, M. P. (2016). Influência da segurança de vinculação dos pais na transferência de componentes de vinculação aos pais na adolescência. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. <http://hdl.handle.net/10451/27578>.

**APÊNDICE III - Marcador sobre Amamentação, dirigido aos cuidadores na
Unidade de Neonatologia**

Amamentação

Na neonatologia a amamentação inicia-se tendo em conta a situação clínica do seu bebé e orientação clínica do profissional de saúde.

Para uma boa pega e sucesso na amamentação...

1. Colocar o seu bebé barriga com barriga;
2. A boca do seu bebé deverá apanhar a maior parte da auréola: o RN mama na auréola e não no mamilo. Deverá ver-se mais auréola acima do que abaixo da boca do bebé;
3. O lábio inferior do seu bebé deverá estar posicionado por debaixo do mamilo e encontrar-se virado para fora;
4. O queixo do seu bebé deverá tocar na mama, e o nariz deverá afastado;
5. O seu bebé deverá apresentar as bochechas arredondadas, verificando-se o movimento e o som da deglutição;
6. Manter o contacto olhos nos olhos com o seu bebé;
7. Sorrir e falar com o seu bebé de forma calma;
8. Perceber os sinais do seu bebé (quando está saciado, quando precisa de fazer pausas a mamar e quando precisa de mudar de posição a mamar).

A amamentação promove o vínculo seguro na díade criança-cuidador.

Uma Vinculação Segura promoverá uma melhor regulação emocional da criança - vai favorecer a confiança, a capacidade de ultrapassar as dificuldades, se sentir bem consigo mesma e com os outros e terá uma maior capacidade de se autorregular perante o stress.

A criança com uma vinculação de base segura, será posteriormente um adolescente seguro, com autonomia e identidade própria.

Conservação do Leite Materno

Tipo de Leite	Temperatura ambiente 25°C	Frigorífico 4°C*	Congelador 0°C
Fresco	4 horas	24 horas	6 meses
Descongelado**	Utilizar num período máx. 2 horas		Nunca voltar a congelar leite descongelado
Sobra (o bebé não terminou a toma)	Usar nas próximas duas horas após a toma		

* armazenar no interior do frigorífico e não na porta;

** descongele sempre debaixo de água corrente ou coloque no frigorífico, nunca no microondas.

Nota:

- Utilize sempre o leite com a data de validade mais antiga;
- O leite pode ser servido frio, a temperatura ambiente ou aquecido (aquecer numa taça de água quente ou aquecedor de biberões)

"A DECISÃO DE AMAMENTAR É UMA DECISÃO PESSOAL"
(Unicef, 2012)

Em caso de dúvidas peça sempre ajuda ao Enfermeiro responsável pelo seu bebé!

Unidade Neonatologia

APÊNDICE IV - Marcador sobre o Método Canguru, dirigido aos cuidadores na UCIP

Benefícios para o bebé

- Promoção do vínculo seguro entre o cuidador e o bebé;
- Manutenção da temperatura corporal cutânea;
- Estabilização de parâmetros vitais;
- Diminuição do risco infeccioso;
- Efeito analgésico;
- Promoção da regulação ciclo sono-vigília;
- Otimização do crescimento e desenvolvimento;
- Menor tempo de internamento;
- Menor % de morte neonatal.

Benefícios para a mãe/pai

- Promoção do vínculo seguro entre o cuidador e o bebé;
- Promoção do relaxamento;
- Maior sucesso na amamentação e aumento do aporte de leite através da libertação de ocitocina e do acesso livre à mama;
- Melhoria o bem-estar emocional e psicológico.

Em caso de dúvidas peça sempre ajuda ao Enfermeiro responsável pelo seu bebé!

Unidade de Neonatologia



Método Canguru

Como fazer?

- Contacto pele com pele - Fique com o seu tórax exposto
- Encoste o bebé apenas com fralda sobre o seu tórax
- Contenha e proteja o seu bebé com Kangaroozak (ou na sua peça de roupa...)
- Sente-se numa cadeira confortável, que permita reclinção do tronco entre 45° a 60° e com apoio para os pés
- Use um espelho de mãos que permita a visualização da face do bebé
- Sempre que possível por tempo superior a 1 hora

Intervenção individual, baseada no cuidado singular ao RN e à sua família, que incentiva a proximidade do contato pele a pele entre o recém-nascido e a pessoa de referência.

O Método Canguru promove o vínculo seguro entre os pais e o seu bebé

Uma Vinculação Segura promoverá uma melhor regulação emocional da criança - vai favorecer a confiança, a capacidade de ultrapassar as dificuldades, se sentir bem consigo mesma e com os outros e terá uma maior capacidade de se autorregular perante o stress.

A criança com uma vinculação de base segura, será posteriormente um adolescente seguro, com autonomia e identidade própria.



APÊNDICE V - Sessão de educação para a saúde “*Promoção da vinculação segura*” dirigida aos cuidadores, na UCIP

Promoção da Vinculação segura



Vinculação

Segundo Bowlby (1944), o sistema de vinculação entre os bebês e os cuidadores enquanto estratégia comportamental tem como função garantir a sua sobrevivência.

Naturalmente "o bebê irá formar uma relação de vinculação com o seu cuidador, procurando-o em momentos de ameaça e perigo, e com vista a encontrar conforto e segurança" (Ainsworth, 1989; J. Bowlby, 1982, 1988; Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2008).



Vinculação Segura



Uma **Vinculação Segura** promoverá uma melhor regulação emocional da criança - vai favorecer a confiança, a capacidade de ultrapassar as dificuldades, se sentir bem consigo mesma e com os outros e terá uma maior capacidade de se autorregular perante o stress.

A criança com uma vinculação de base segura, será posteriormente um adolescente seguro, com autonomia e identidade própria.



A amamentação e o método canguru são promotores do vínculo seguro na díade criança-cuidador.

Para uma boa pega e sucesso na amamentação...



Segundo a OMS (2019), "Todos os bebés devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os 6 meses de idade."

Posteriormente, devem receber alimentos complementares nutritivos em simultâneo com amamentação até aos dois ou mais anos de vida.

Benefícios de amamentar o seu bebé...

Para a mãe:

- Promove o vínculo seguro entre si e o seu bebé;
- Facilita uma involução uterina mais precoce;
- Menor probabilidade de cancro da mama.

Benefícios de amamentar o seu bebé...

Para o bebé:

- Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca;
- Melhora a adaptação a outros alimentos;
- A longo prazo previne a diabetes e linfomas.

Método Canguru



Como fazer?



Tórax exposto

Cadeira confortável (45-60°)

Center o bebé

Colocar o bebé só de fralda



Benefícios do método canguru...

Benefícios para a mãe/pai

- Promoção do vínculo seguro entre a mãe/pai e o bebê;
- Promoção do relaxamento;
- Maior sucesso na amamentação e aumento do aporte de leite através da libertação de ocitocina e do acesso livre à mama;
- Melhoria do bem-estar emocional e psicológico.

Benefícios do método canguru...

Benefícios para a bebé

- Promoção do vínculo seguro entre o bebé e a mãe/pai;
- Manutenção da temperatura corporal cutânea;
- Estabilização de parâmetros vitais;
- Diminuição do risco infeccioso;
- Efeito analgésico;
- Promoção da regulação ciclo sono-vigília;
- Otimização do crescimento e desenvolvimento;
- Menor tempo de internamento;
- Menor % de morte neonatal.

Obrigada pela vossa
participação!

APÊNDICE VI - Plano da sessão de educação para a saúde “*Promoção da vinculação segura*” dirigida aos cuidadores, na UCIP

Plano de sessão: Promoção da Vinculação Segura				
Local: UCIN (Sala de Pausa dos Pais)				
Data: 07/10/2022				
Destinatários: Pais de RN internados na UCIN				
Preletores: Patrícia Pereira, Rita Almeida				
Objetivo: - Instruir sobre a Vinculação; - Instruir sobre a Promoção da Vinculação Segura no RN internado na UCIN através da amamentação e seus benefícios; - Instruir sobre a boa pega do RN à mama quando possível; - Instruir sobre a Promoção da Vinculação Segura no RN internado na UCIN através da MC e seus benefícios; - Instruir sobre como realizar de maneira eficaz o MC.				
Duração	Conteúdos	Metodologia	Materiais	Avaliação
1 min	Apresentação do grupo e do tema;	Apresentação dos elementos individual;	Participantes da sessão;	
10 min	Conceito de Vinculação; Conceito de Vinculação Segura; Sinais para uma boa pega à mama; Benefícios da amamentação; Como realizar o MC; Quais os RN que podem beneficiar do MC; Benefícios do MC.	Método expositivo através de apresentação por PowerPoint;	Data show e computador;	Nível de interesse dos pais e comentários sobre o tema experiências vividas.
1 min	Divisão dos pais em 2 grupos de trabalho (Demonstração das temáticas em simultâneo pelos preletores)			
12 min	Grupo de trabalho 1: Demonstração da boa pega do RN à mama;	Método demonstrativo e experimental; Solicitar aos pais a partilha de experiências, dúvidas e comentários.	Preletores; Boneco RN.	Tipo de questões colocadas e comentários realizados sobre a pertinência dos conteúdos demonstrados;
12 min	Grupo de trabalho 2: Demonstração do MC.	Método demonstrativo e experimental; Solicitar aos pais a partilha de experiências, dúvidas e comentários.	Preletores; Boneco RN; Kangaroozak.	Tipo de questões colocadas e comentários realizados sobre a pertinência dos conteúdos demonstrados.
1 min	Entrega dos Questionários.		Pais; Impressão em papel.	Questionários de avaliação da sessão a ser preenchido pelos pais.

**APÊNDICE VII - “Guia de auxílio aos Cuidadores - Vinculação Segura” no
Internamento Pediátrico**



"Tudo o que é pequenino, especial, frágil, perfeito – esculpido ou pintado, bordado ou cinzelado – é frio e sem jeito comparado com uma criança. Possuis um tesouro mais precioso do que tudo na face da Terra."

(Pamela Dugdale, citado por Esley H. 2005)

Esley, H. [2005]. *Bebi - grifbook*. Editorial Estampa, Lisboa.

O que é vinculação?

A **vinculação** entre as crianças e os cuidadores tem como função garantir a sua sobrevivência.

(Nascimento, M. 2016)

Naturalmente "o bebé irá formar uma relação de vinculação com o seu cuidador, procurando-o em momentos de ameaça e perigo, e com vista a encontrar conforto e segurança".

(Bowlby 1982, referenciado por Gonçalves, M. 2019)



Gonçalves, Maria Alexandra Martins. [2019]. Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Nascimento, Miguel Filipe Pereira. [2016]. Influência da separação de vinculação aos pais na transferência de componentes de vinculação aos pais na adolescência. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Os 3 tipos de vínculo

Num vínculo Seguro é esperado que...

- ♥ as interações entre cuidador e criança sejam harmoniosas;
- ♥ a criança seja mais cooperante e disponível;
- ♥ a criança explore o meio de forma individual;
- ♥ a criança se deixe consolar facilmente pelo cuidador;
- ♥ a criança expresse as emoções negativas de forma ativa e construtiva;
- ♥ o cuidador seja disponível e responsivo às necessidades da criança;
- ♥ o cuidador seja capaz de confortar e proteger a criança em momentos de ameaça, diminuindo os seus níveis de ansiedade.

(Gonçalves, M. 2019)



Gonçalves, Maria Alexandra Martins. [2019]. Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Num vínculo Ansioso/Ambivalente é esperado que...

- ♥ exista uma maior ansiedade quando separadas do cuidador;
- ♥ a criança não demonstre confiança na disponibilidade e responsividade do cuidador;
- ♥ a criança não consiga explorar o meio de forma individual;
- ♥ quando o cuidador se ausenta a criança reaja com choro imparável e stress, e quando o cuidador retorna não se acalma facilmente.

(Gonçalves, M. 2019)



Gonçalves, Maria Alexandra Martins. [2019]. Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Num vínculo Evitante é esperado que...

- ♥ a criança tenha um comportamento evitante perante o cuidador;
- ♥ quando o cuidador se ausenta ou retorne a criança não demonstre angústia ou choro de separação;
- ♥ a criança seja mais propensa a inibir ou exagerar demonstrações negativas.

(Gonçalves, M. 2019)

(Barnard, K. 2015)



Barnard, K., Qian, Y., Lee, S., Spieker, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. Infant and Child Development.

Gonçalves, Marta Alexandra Martins. (2019). Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Os 3 tipos de vínculo

Esta divisão por categorias mostra a forma **como as crianças captam "a disponibilidade da figura de vinculação"** em momentos de procura de conforto ou proteção e como organiza as suas respostas tendo em conta estas percepções".

(Gonçalves, M. 2019)



Gonçalves, Marta Alexandra Martins. (2019). Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

"Enquanto pequenino, este menino precisa de todo o teu carinho e proteção. Mais tarde, precisará do teu conselho e da tua orientação. E, um dia, sem estares à espera, precisará de que o deixes partir. Porém, do teu amor, precisará para sempre."

(Helen Thomson, citado por Esley H. 2005)

Esley, H. (2005). Bubi - giftbook. Editorial Estampa, Lisboa.

Ser o conforto da sua criança promove o seu vínculo seguro com ela...

Uma **vinculação segura** vai promover uma melhor regulação emocional da criança, que vai favorecer a confiança, a capacidade de ultrapassar as dificuldades, se sentir bem consigo mesma e com os outros e terá uma maior capacidade de se autorregular perante o stress.

(Barnard, K. 2015)

A criança com uma vinculação de base segura, será posteriormente um adolescente seguro, com autonomia e identidade própria.

(Bowlby, referenciado por Monteiro, B. 2019)



Barnard, K., Qian, Y., Lee, S., Spieker, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. Infant and Child Development.

Monteiro, Bárbara Catarina Almeida Monteiro. (2019). Vinculação e estilos parentais em adolescentes e jovens adultos: personalidade e regulação emocional do risco do uso das redes sociais. Universidade de Évora - Évora e Alentejo.

O que ocorre quando existe um vínculo seguro com a sua criança?

Poderá existir uma **redução no tempo de hospitalização das crianças.**

(Vento, A. 2014)

Vários benefícios para o desenvolvimento infantil, como a **capacidade de enfrentarem situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança.**

Destaca-se ainda a capacidade das crianças de se **autorregular emocionalmente e serem socialmente mais produtivas.** Facilita que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e muitas vezes até em momentos de exaustão.

Por outro lado, a incapacidade dos pais para atender às necessidades de seus filhos pode ser prejudicial potenciando doenças mentais, uso de drogas e álcool, dificuldades de aprendizagem e violência.

(Obadina, S. 2015)



Obadina, S. (2015). Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development. British Journal of School Nursing, Vol 8 No 6 (P.290-295)

Vento, A., Sharp, C., & Newell, E. (2014). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a residential adolescent inpatient setting. Eur Child Adolesc Psychiatry

Como posso promover o vínculo seguro durante os procedimentos dolorosos?

Com a ajuda do enfermeiro a informação preparatória, explicando o que vai ocorrer durante o procedimento é de extrema importância quando adequada à idade.



"É uma enorme surpresa e um medo enorme
tomar consciência de que esta criaturinha
confia absolutamente em ti"

(Pam Brown, citado por Exley H. 2005)

Exley, H. (2005). *Bebê - grifbook*. Editorial Estampa. Lisboa.

Como posso promover o vínculo seguro durante os procedimentos dolorosos?

- ♥ Massage ou toque de maneira calma na sua criança;
- ♥ Dê colo à sua criança e utilize em conjunto com o profissional de saúde técnicas de distração;
- ♥ Amamente o seu filho;
- ♥ Use a sucção não nutritiva, após conversa prévia com o enfermeiro;
- ♥ Nos latentes (0 a 3 meses), use o contacto pele-a-pele ou contenção com lençol (swaddling);
- ♥ Use a técnica da distração como a música, os livros, os jogos, os bonecos, as histórias, as bolas de sabão, os moinhos de vento, o contar de trás para a frente, as cantigas e os brinquedos...
- ♥ Converse com a sua criança após o procedimento, no intuito de perceber o que sentiu e como se pode ajudar a ultrapassar medos e stress.



Poemas para ler com a sua criança durante o internamento

As histórias ajudam a criança a
compreender como seus sentimentos são
importantes, e ao mesmo tempo que
estimula a sua autoestima.




Sorrir para as nuvens

Hoje, sorrio para as nuvens!
E elas sorriem para mim!
Vou deixá-las bem malucas
E abraçá-las dentro de mim!

O sol, esse grande maroto,
Também quer enlouquecer,
Mas logo fica atrás e tonto
Com este meu jeito de ser!

Paulo Pinto, Enfermeiro



Gato Bigodes!

Eu sou o gato Bigodes!
Vim aqui para te ajudar
Tu és forte e até podes
Sair daqui a cantarolar!

Aqui tens muitos amigos.
Dos melhores que a gente tem!
Protegem-te de maiores perigos
E todos querem que fiques bem!

Paulo Pinto, Enfermeiro




Coelho Saltitão!

Eu sou o coelho saltitão,
De pelo branco e fofinho!
Estende lá a tua mão,
Para darmos um pulinho!

Também já estive doente...
Mas agora estou melhor!
Ficou ainda mais potente
O meu pequeno motor!

Paulo Pinto, Enfermeiro

Boa noite com o gato preguiça!

Eu sou o gato Preguiça que por aqui passa
Para desejar uma boa noite e um bom descanso!
Trouxe um fundo rosa e flores bonitas, com graça,
Uma estrela, uma borboleta e um patinho manso!

Trouxe ainda um coração bem vermelho, com raça,
Para te dar a força que precisas, onde eu, ágil,
danço!

E se estiveres mais triste, te garanto que passa!
Olha o meu bonito pêlo e o olhar meigo que te
largo!

Vou-te deixar adormecer atrás da vidraça
E, num piscar de olhos, também em remanso,
Me vou deixar embalar pelo sono que já trespassa
Toda a minha aldeia num hipnótico balanço!

Paulo Pinto, Enfermeiro



Rei gato

Este gato já adivinhou
Que eu lhe fiz um poema!
Com palavras eu lhe dou
A beleza mais suprema!

Conhecido eu já lhe sou,
Poeta que o faz um tema!
Nesse olhar me cativou
Um sentir que vale a pena!

Nesse correr de varanda
Abana a cauda, simpático!
Num pé de veludo ele anda,

Suave, em modo automático!
Meigo e atento, ele se manda
A mim, rei d'olhar monástico!

Paulo Pinto, Enfermeiro



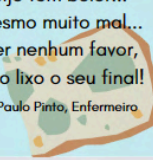
Um queijo no comboio

Por baixo do assento e de lado,
Eu vi um bom pedaço de queijo!
Ainda estava meio embalado
E mal dentado por fraco desejo!

Alguém, aqui, desorientado,
Na falta de um maior desejo,
Estava tão e muito esfomeado
Que deixou quase todo o queijo!

E já o queijo tem bolor...
E cheira mesmo muito mal...
E, sem fazer nenhum favor,
Vou fazer do lixo o seu final!

Paulo Pinto, Enfermeiro



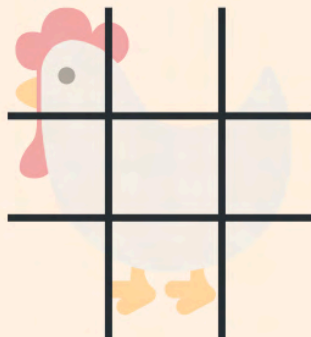
Jogos para brincar com a sua criança durante o internamento

Escreva e apegue as vezes que quiser!

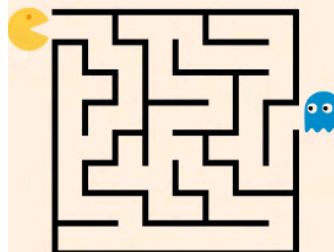
Qualquer jogo e atividade que fizer em conjunto com a sua criança irá promover o vínculo seguro com esta.



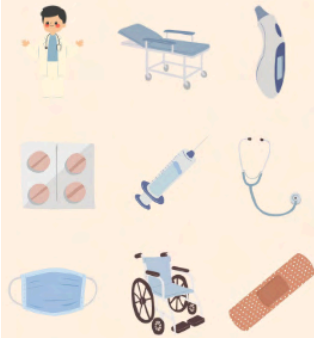
Jogo do Galo



Labirinto



No hospital



Jogo das palavras



p _ _ n _ _ o



m _ _ d _ _ c _ _



M _ _ s _ _ a _ _ a

Números

1 2 3 4 5
6 7 8 9 10

10 9 8 7 6
5 4 3 2 1

Em caso de dúvidas peça sempre ajuda ao
Enfermeiro responsável pela sua criança!



"Partilhar o riso.
As horas do banho e da brincadeira.
Súbitos sorrisos.
Coisas lindas todos os dias - a primeira
palavra, o primeiro passo, a primeira vez de
tudo.
Uma vida mais simples - mas mais rica do que
alguma vez sonhaste."

(Pam Brown, citado por Esley H. 2005)

Esley, H. (2005). *Bebê - giftbook*. Editorial Estampas, Lisboa.



APÊNDICE VIII - “Folheto informativo para os cuidadores no internamento pediátrico - Vinculação Segura”

FOLHETO INFORMATIVO PARA OS CUIDADORES NO INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

VINCULAÇÃO SEGURA



"Partilhar o riso. As horas do banho e da brincadeira. Súbitos sorrisos. Coisas lindas todos os dias - a primeira palavra, o primeiro passo, a primeira vez de tudo. Uma vida mais simples - mas mais rica do que alguma vez sonhaste." (Pam Brown, citado por Exley H. 2005)



REALIZADO POR:
Patrícia Pereira, Mestranda no curso EESIP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Exley, H. (2005). *Bela - grBook*. Editorial Estampa, Lisboa.
Barnett, K., Guo, Y., Lai, S., Spelke, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. *Infant and Child Development*.
Gonçalves, Maria Alexandra Martins. (2019). Vinculação de adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Nascimentos.
Miguel Filipa Pereira. (2018). Influência da segurança de vinculação aos pais na transferência de componentes de vinculação aos pares na adolescência. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
Monteiro, Bianca Catarina Rêgo Monteiro. (2019). Vinculação e estilos parentais em adolescentes e jovens adultos: personalidade e regulação emocional do risco do uso das redes sociais. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
Osherson, S. (2015). Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development. *British Journal of School Nursing*, Vol 8 No 6 (P.290-295).
Vintila, A., Sharp, C., & Newlin, E. (2016). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

Contactos:

VINCULAÇÃO

A **vinculação** entre as crianças e os cuidadores tem como função garantir a sua sobrevivência. (Nascimento, M. 2018)

Naturalmente "o bebé irá formar uma relação de vinculação com o seu cuidador, procurando-o em momentos de ameaça e perigo, e com vista a encontrar conforto e segurança". (Bowlby 1982, referenciado por Gonçalves, M. 2019)

Num **vínculo Seguro** é esperado que...

- as interações entre cuidador e criança sejam harmoniosas;
- a criança seja mais cooperante e disponível;
- a criança explore o meio de forma individual;
- a criança se deixe consolar facilmente pelo cuidador;
- a criança expresse as emoções negativas de forma ativa e construtiva;
- o cuidador seja disponível e responsivo às necessidades da criança;
- o cuidador seja capaz de confortar e proteger a criança em momentos de ameaça, diminuindo os seus níveis de ansiedade. (Gonçalves, M. 2019)



Esta divisão por categorias mostra a forma como as crianças captam "a disponibilidade da figura de vinculação em momentos de procura de conforto ou proteção e como organiza as suas respostas tendo em conta estas percepções". (Gonçalves, M. 2019)

No hospital

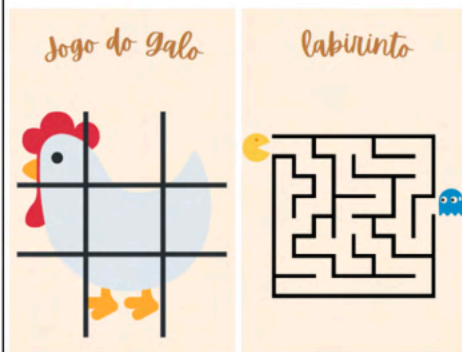


Jogo das palavras

P... n... o
m... d... c...
m... s... a... a

JOGOS PARA REALIZAR COM A SUA CRIANÇA

Qualquer jogo e atividade que fizer em conjunto com a sua criança irá promover o vínculo seguro com esta.



VINCULAÇÃO

Num vínculo Ansioso/Ambivalente é esperado que...

- exista uma maior ansiedade da criança quando separada do cuidador;
- a criança não demonstre confiança na disponibilidade e responsividade do cuidador;
- a criança não consiga explorar o meio de forma individual;
- quando o cuidador se ausenta a criança reaja com choro imparável e stress, e quando o cuidador retorna não se acalma facilmente. (Gonçalves, M. 2019)



Num vínculo Evitante é esperado que...

- a criança tenha um comportamento evitante perante o cuidador;
- quando o cuidador se ausenta ou retorne a criança não demonstre angústia ou choro de separação; (Gonçalves, M. 2019)
- a criança seja mais propensa a inibir ou exagerar demonstrações negativas. (Barnard, K. 2015)



"Enquanto pequenino, este menino precisa de todo o teu carinho e protecção. Mais tarde, precisará do teu conselho e da tua orientação. E, um dia, sem estares à espera, precisará de que o deixes partir. Porém, do teu amor, precisará para sempre." (Helen Thomson, citado por Easley H. 2005)

SER O CONFORTO DA SUA CRIANÇA PROMOVE O VÍNCULO SEGURO

Uma **vinculação segura** vai promover uma melhor regulação emocional da criança, que vai favorecer a confiança, a capacidade de ultrapassar as dificuldades, se sentir bem consigo mesma e com os outros e terá uma maior capacidade de se autorregular perante o stress. (Barnard, K. 2015)

A criança com uma vinculação de base segura, será posteriormente um adolescente seguro, com autonomia e identidade própria. (Bowlby, referenciado por Monteiro, B. 2019)

O que ocorre quando existe um vínculo seguro com a sua criança?

- Poderá existir uma **redução no tempo de hospitalização das crianças**. (Ventis, A. 2014)
- Vários benefícios para o desenvolvimento infantil, como a **capacidade de enfrentarem situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança**.
- Destaca-se ainda a capacidade das crianças de se **autorregular emocionalmente e serem socialmente mais produtivas**. Facilita que possam ter a quem recorrer sempre que se sentem com medo, com dúvidas, angustiados e muitas vezes até em momentos de exaustão.

Por outro lado, a incapacidade dos pais para atender às necessidades de seus filhos pode ser prejudicial potenciando doenças mentais, uso de drogas e álcool, dificuldades de aprendizagem e violência. (Obadina, S. 2013)

COMO POSSO PROMOVER O VÍNCULO SEGURO DURANTE OS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS?

Com a ajuda do enfermeiro a informação preparatória, explicando o que vai ocorrer durante o procedimento é de extrema importância quando adequada à idade.

- Massaje ou toque de maneira calma na sua criança;
- Dê colo à sua criança e utilize em conjunto com o profissional de saúde técnicas de distração;
- Amamente o seu filho;
- Use a sucção não nutritiva, após conversa prévia com o enfermeiro;
- Nos latentes (0 a 3 meses), use o contacto pele-a-pele ou contenção com lençol (swaddling);
- Use a técnica da distração como a música, os livros, os jogos, os bonecos, as histórias, as bolas de sabão, os moinhos de vento, o contar de trás para a frente, as cantigas e os brinquedos...
- Converse com a sua criança após o procedimento, no intuito de perceber o que sentiu e como se pode ajudar a ultrapassar medos e stress.



"É uma enorme surpresa e um medo enorme tomar consciência de que esta criaturinha confia absolutamente em ti" (Pam Brown, citado por Easley H. 2005)

APÊNDICE IX - Diapositivos utilizados na sessão de formação em serviço
“Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem pediátrica”,
dirigida aos Enfermeiros do Internamento Pediátrico



Vinculação

Segundo Bowlby (1944), o sistema de vinculação entre os bebés e os cuidadores enquanto estratégia comportamental tem como função garantir a sua sobrevivência. (Nascimento, M. 2016)

Naturalmente "o bebé irá formar uma relação de vinculação com o seu cuidador, procurando-o em momentos de ameaça e perigo, e com vista a encontrar conforto e segurança". (Bowlby 1982, referenciado por Gonçalves, M. 2019)



Vinculação Segura



- As interações entre cuidador e criança são mais harmoniosas;
- A criança é mais cooperante e disponível;
- A criança explora o meio de forma individual;
- A crianças deixa-se consolar mais facilmente pelo cuidador;
- A criança expressa as emoções negativas de forma ativa e construtiva;
- O cuidador é disponível e responsivo às necessidades da criança;
- O cuidador é capaz de confortar e proteger a criança em momentos de ameaça, diminuindo os seus níveis de ansiedade. (Gonçalves, M. 2019)



- A criança tem uma maior ansiedade quando separadas do cuidador;
- A criança não demonstra confiança na disponibilidade e responsividade do cuidador;
- A criança não consegue explorar o meio de forma individual;
- Quando o cuidador se ausenta a criança reaja com choro imparável e stress, e quando o cuidador retorna não se acalma facilmente. (Gonçalves, M. 2019)



- A criança tem um comportamento evitante perante o cuidador;
- Quando o cuidador se ausenta ou retorna a criança não demonstre angústia ou choro de separação; (Gonçalves, M. 2019)
- A criança é mais propensa a inibir ou exagerar demonstrações negativas. (Barnard, K. 2015)

"O padrão de comportamento destas crianças surge como uma estratégia para lidar com o conflito perante a mãe, evitando o contato e dirigindo mesmo a sua raiva à figura de vinculação de forma a proteger-se de rejeições futuras por parte desta". (Ainsworth et al., 1978)



O vínculo seguro promove:

Uma redução no tempo de hospitalização das crianças. (Venta, A. 2014)

Vários benefícios para o desenvolvimento infantil, como a **capacidade de enfrentarem situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança.**

A capacidade das crianças se **autorregular em emocionalmente e serem socialmente mais produtivas.** Facilita que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e muitas vezes até em momentos de exaustão.

Por outro lado, a incapacidade dos pais para atender às necessidades de seus filhos pode ser prejudicial potenciando doenças mentais, uso de drogas e álcool, dificuldades de aprendizagem e violência. (Obadina, S. 2013)

SClínico
Guia de Auxílio aos pais - Vinculação Segura

[illegible]

SClínico
Guia de Auxílio aos pais - Vinculação Segura

- | Observação 1 - 3 meses | Observação 2 - 3 meses | Observação 3 - 3 meses |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ☒ A criança aceita ou recusa alimentos para seres humanos <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ O bebê apresenta preocupação com comportamento de amamentação: chorar, coçar, agitar, segurar e sugar <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ O bebê está alerta e pronto para reconhecer posteriormente ao contato com os pais, alivado do choro <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ O bebê fica quieto e relaxado com o toque e voz dos pais <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não | <ul style="list-style-type: none"> ☒ A criança olha para os pais e procura estabelecimento <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança demonstra clara preferência por certos figuras <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança agarra os pais, chora e afasta-se de estranhos <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança demonstra ansiedade pela separação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança entende os pais e figura de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança olha e atende às figuras de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança se aproxima e estabelece contato a proximidade com a figura de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança agarra e ampara-se ao pai <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança sente os pais e busca contato com os pais e procura se estabelecer novamente <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança estabelece estabelecimento de ligação quanto ao nome tranquilo e contante <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não | <ul style="list-style-type: none"> ☒ A criança olha para os pais e procura estabelecer contato <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança mantém a organização comportamental no ambiente dos pais, por períodos mais prolongados <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança estabelece um novo comportamento em de figuras de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança começa a estabelecer e a manter os padrões de figuras de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não |
| Observação 4 - 6 meses <ul style="list-style-type: none"> ☒ A criança reconhece os familiares <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ O bebê adota de forma diferenciada comportamentos de amamentação às figuras familiares <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ O bebê demonstra clara preferência por certas figuras (a figura de acordo com quem lhe dá o leite) <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ O bebê inicia comportamentos com atitudes de interação com a figura parental <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ O bebê demonstra comportamentos positivos para pais <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não | | Observação 20 - 36 meses <ul style="list-style-type: none"> ☒ A criança olha para os pais e procura estabelecer contato <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança mantém a organização comportamental no ambiente dos pais, por períodos mais prolongados <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança estabelece um novo comportamento em de figuras de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não ☒ A criança começa a estabelecer e a manter os padrões de figuras de amamentação <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não <ul style="list-style-type: none"> ☐ Não |

Recursos

SClínico

Guia de Auxílio aos pais - Vinculação Segura

Ordem de diagnóstico	Verif
1 Sem vinculação comprometida	
2 Vinculação comprometida	
3 Risco de vinculação comprometida	
4 Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a vinculação	
5 Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a vinculação	
6 Conhecimento do prestador de cuidados para promover a vinculação	
7 Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para promover a vinculação	
8 Conhecimento da comunidade sobre vinculação, melhorado	
9 Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre vinculação	
10 Conhecimento da comunidade sobre vinculação	
11	
12	
13	

Encorajar relação dinâmica entre mãe e(ou) pai e criança

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre desenvolvimento infantil

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental

Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vinculação

Envolver mãe e(ou) pai nos cuidados

Estimular a presença da mãe e(ou) pai

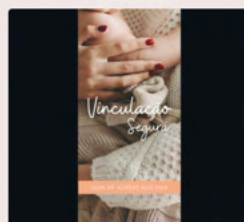
Incentivar amamentação

Incentivar desempenho do papel parental

Recursos

SClínico

Guia de Auxílio aos pais/Folheto - Vinculação Segura



"Partilhar o riso.

As horas do banho e da brincadeira.

Súbitos sorrisos.

Coisas lindas todos os dias - a primeira palavra, o primeiro passo, a primeira vez de tudo.

Uma vida mais simples - mas mais rica do que alguma vez sonhaste."

(Pam Brown, citado por Exley H. 2005)



Referências bibliográfica

- Exley, H. (2005). *Bebé - giftbook*. Editorial Estampa. Lisboa.
- Barnard, K., Guo, Y., Leu, S., Spieker, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. *Infant and Child Development*.
- Gonçalves, Marta Alexandra Martins. (2019). *Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação?* Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Nascimento, Miguel Filipe Pereira. (2016). *Influência da segurança de vinculação aos pais na transferência de componentes de vinculação aos pares na adolescência*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Monteiro, Bianca Catarina Abreu Monteiro. (2019). *Vinculação e estilos parentais em adolescentes e jovens adultos: personalidade e regulação emocional do risco do uso das redes sociais*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Obadina, S. (2013). Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development. *British Journal of School Nursing* , Vol 8 No 6 (P.290-295)
- Venta, A., Sharp, C., & Newlin, E. (2014). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*



APÊNDICE X - Póster “*Promova o conforto e segurança da sua criança*”, dirigido aos cuidadores, na UP

PROMOVA O CONFORTO E SEGURANÇA DA SUA CRIANÇA

O QUE É A VINCULAÇÃO?

É com esta relação de vinculação com os pais que crescemos, que nos desenvolvemos e que nos relacionamos com o mundo e com os outros.

Vinculação Segura

Num vínculo Seguro:

- As interações entre cuidador e criança são harmoniosas.
- A criança é mais cooperante e disponível.
- Expressa a mãe de forma individual.
- Costa de consolar facilmente pelo cuidador.
- Expressa as emoções negativas de forma ativa e construtiva.
- O cuidador é disponível e responde às necessidades da criança.
- O cuidador é capaz de acolher e proteger a criança em momentos de ansiedade, identificando os seus sinais de angústia (Cunha, 2019).



Como promover um vínculo seguro com o meu filho?

Perceber os sinais do meu filho

Perante o choro ou situações de stress, baixar o meu tom de voz, fazer festinhas, aconchegar e dar beijinhos, cantar e dar reforços positivos

Ter disponibilidade para escutar os seus medos, angústias e desejos

Consulte aqui mais estratégias

Como promover um vínculo seguro com o meu filho?

- Faça contacto físico com o bebé e olhe para ele quando o bebé estiver a chorar (deixando-o no colo).
- Perceber os sinais do seu bebé quando está sozinho, quando precisa de ficar sozinho e quando precisa de estar com alguém.
- Quando chorar e a sua criança tentar prestar-lhe o máximo de atenção e conforto. Baixe o tom de voz e faça gestos de carinho.
- Se a criança estiver a chorar e a sua criança de forma calma, aconchegar e cantar e dar reforços positivos.
- Quando a sua criança estiver a chorar ou quando estiver a chorar, baixe o tom de voz e faça gestos de carinho.
- Não fazer comentários negativos sobre o comportamento da sua criança na presença de outras pessoas.
- Explorar sempre as competências de desenvolvimento da sua criança e não se preocupar com o tempo de tempo que demora.
- Ter disponibilidade para escutar os seus medos, angústias e desejos da sua criança.



O que acontece quando sou o conforto do meu filho?

A criança com uma vinculação de base segura, será um adolescente seguro, com autonomia e identidade própria. (Bowlby, referenciado por Monteiro, B. 2019)

O que promove o Vínculo Seguro?

- Uma relação no tempo de hospitalização das crianças (Vieira, A. 2014).
- Vários benefícios para o desenvolvimento infantil, como a capacidade de enfrentar situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança.
- A capacidade das crianças se autoregularem emocionalmente e serem socialmente mais proativas. Crianças que passam ao mesmo tempo sempre que se sentem com medo, com dúvidas, angústias e muitas vezes se em momentos de excitação.



Consulte aqui



Durante a permanência na Urgência Pediátrica:



Conte histórias ajudando a criança a compreender como seus sentimentos são importantes, e ao mesmo tempo estimula a sua autoestima.

Faça jogo e atividade em conjunto com a sua criança desta forma, além de promover o vínculo seguro, acalma e transmite segurança.

Seja parceiro de cuidados com os enfermeiros durante os procedimentos.

Na Urgência Pediátrica tem a sua disposição várias técnicas de alívio na dor e promoção do conforto.

Pergunte ao enfermeiro!

Vínculo Seguro

Criança que é reconhecida nas suas necessidades, se sente acolhida e compreendida pelos pais.



Referências bibliográficas

- Baron, A., Guo, Y., Liu, S., Spink, S., Thompson, E. (2019). An Examination of Changes in Emotional Regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. *Infant and Child Development*.
- Compas, Maria Alexandra Martins (2019). Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança. *Que relação?* Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Nascimento, Miguel Filipe Pereira (2018). Influência da segurança de vinculação ao pai na transferência de competências de vinculação da criança ao pai. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Monteiro, Bluma Catarina Aires Monteiro (2019). Vinculação e estilos parentais em adolescentes e jovens adultos: personalidade e regulação emocional do risco de uso de redes sociais. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Oliver, A. (2018). Understanding attachment in adult and infant implications for child development. *British Journal of School Nursing*, Vol 8 No 4 (2018).
- Vieira, A., Sharp, C. & Newell, E. (2014). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a vulnerable adolescent inpatient setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.



Patrícia Pereira AEESIP UCP
Joana Romeiro ESIP
Janeiro 2023

Num vínculo Seguro:

- As interações entre cuidador e criança são harmoniosas;
- A criança é mais cooperante e disponível;
- Explora o meio de forma individual;
- Deixa-se consolar facilmente pelo cuidador;
- Expressa as emoções negativas de forma ativa e construtiva;
- O cuidador é disponível e responsivo às necessidades da criança;
- O cuidador é capaz de confortar e proteger a criança em momentos de ameaça, diminuindo os seus níveis de ansiedade. (Gonçalves, M. 2019)



Como promover um vínculo seguro com o meu filho?

- Fazer contacto **Barriga com Barriga e Olhos nos Olhos** quando o seu bebé estiver a mamar (biberon ou peito);
- **Perceber os sinais do seu bebé** (quando está saciado, quando precisa de fazer pausas a mamar e quando precisa de mudar de posição a mamar);
- Quando alimenta a sua criança tentar prestar-lhe o máximo de atenção e conversando. **Evitar o uso de tecnologias** neste momento;
- Ser o **porto seguro**, sorrir e falar com a sua criança de forma **calma**. Aconchegar e embalar de uma forma calma;
- Quando a sua criança estiver a chorar ou perante situações de stress, **baixar o seu tom de voz, fazer festinhas, aconchegar e dar beijinhos, cantar e dar reforços positivos**;
- **Não fazer comentários negativos** sobre o comportamento da sua criança na presença de outras pessoas;
- **Explicar sempre as consequências do comportamento** e não apenas ordenar que se comporte da maneira que desejam;
- Tenha disponibilidade para **escutar os medos, angústias e desejos** da sua criança.



O que promove o Vínculo Seguro?

- Uma redução no tempo de hospitalização das crianças. (Venta, A. 2014)
- Vários benefícios para o desenvolvimento infantil, como a capacidade de enfrentarem situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança.
- A capacidade das crianças se autorregular em emocionalmente e serem socialmente mais produtivas. Facilita que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e muitas vezes até em momentos de exaustão.



Conte histórias ajudam a criança a compreender como seus sentimentos são importantes, e ao mesmo tempo estimula a sua autoestima.

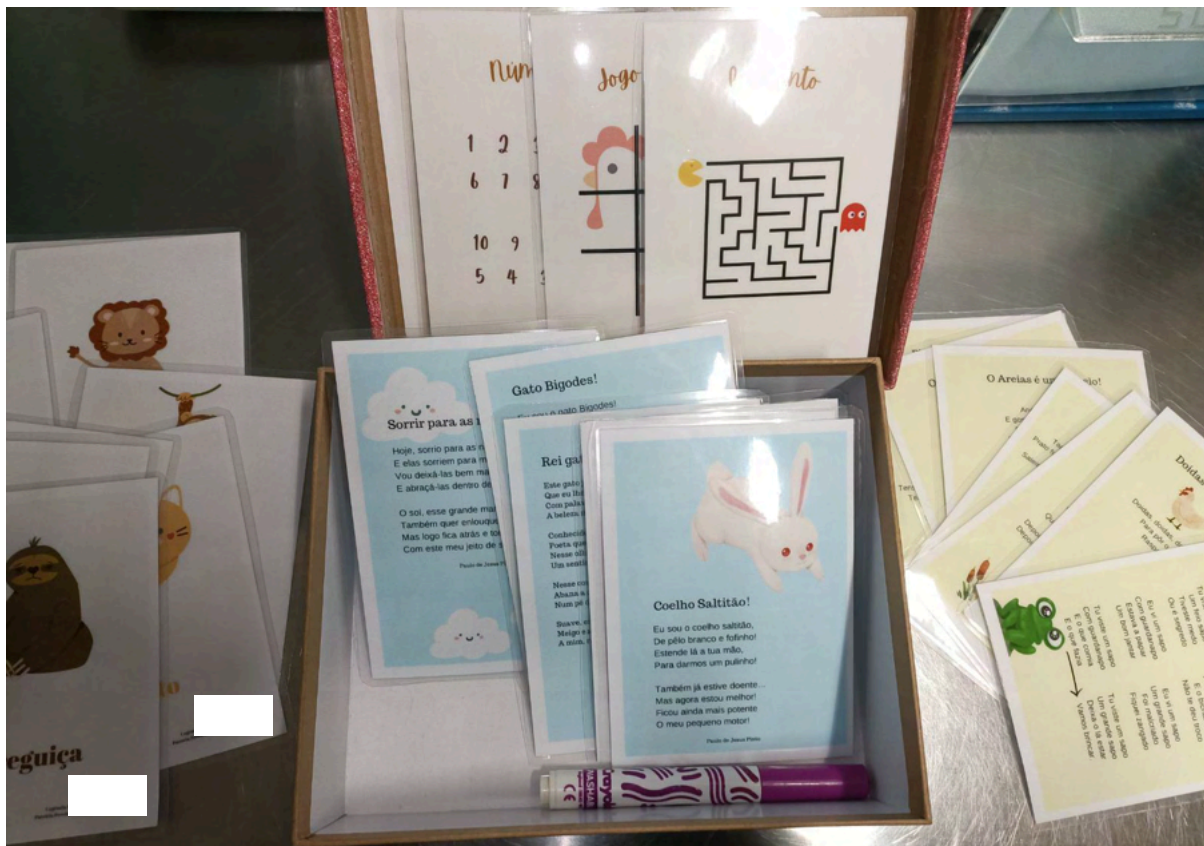
Faça jogo e atividade em conjunto com a sua criança desta forma além de promover o vínculo seguro, acalma e transmite segurança.



Referências bibliográficas

- Barnard, K., Guo, Y., Leu, S., Spieker, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. *Infant and Child Development*;
- Gonçalves, Marta Alexandra Martins. (2019). Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação? Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia;
- Nascimento, Miguel Filipe Pereira. (2016). Influência da segurança de vinculação aos pais na transferência de componentes de vinculação aos pares na adolescência. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia;
- Monteiro, Bianca Catarina Abreu Monteiro. (2019). Vinculação e estilos parentais em adolescentes e jovens adultos: personalidade e regulação emocional do risco do uso das redes sociais. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro;
- Obadina, S. (2013). Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development. *British Journal of School Nursing* , Vol 8 No 6 (P.290-295);
- Venta, A., Sharp, C., & Newlin, E. (2014). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.

APÊNDICE XI - Atividade “Caixinha os pais contam”, dirigido aos cuidadores, na
UP





Joaninha



Abelha



Cão



Gato



Coelho



Macaco



Girafa



Leão



Zebra



Elefante



Cavalo



Pássaro



Golfinho



Baleia



Peixe



Alforreca



Pinguim



Urso



Panda



Preguiça

Sou Uma Taça (Panda e os Caricas)

Taça, chaleira, colher, colherão
Prato fundo, parto raso, garfinho, faca do
pão!
Saleiro, açucareiro, bateadeira, panela de
pressão!

Sou uma taça. Uma chaleira
Uma colher, um colherão
Um prato fundo, um prato raso
Sou um garfinho, faca do pão!
Sou um saleiro, açucareiro
Uma bateadeira, panela de pressão!



Pinguim (Panda e os Caricas)



A dança do pinguim, a dança do pinguim, a dança do
pinguim

Guim, guim, guim, guim, guim, guim!
Pinguim, pinguim, pinguim, a dança do pinguim
Pinguim, pinguim, a dança do pinguim
Pinguim, pinguim, pinguim, tens que dançar assim

Cabeça esticada, com as mãos pra baixo
Barriga para a frente e rabinho pra trás
Tens que andar pra frente, tens que andar para o lado
Tens que andar pra trás com os dois pés colados

Vamos todos dançar, vamos todos cantar
A dança do pinguim é mesmo assim!
A nova moda é imitar, o pinguim
Guim, guim, guim, guim, guim, guim!

Pinguim, pinguim, pinguim, a dança do pinguim
Pinguim, pinguim, a dança do pinguim
Pinguim, pinguim, pinguim, tens que dançar a assim!

Eu vi um sapo!

Eu vi um sapo	Eu vi um sapo
Um feio sapo	A encher o papo
Ali na horta	Tudo comeu
Com a boca torta	Nem ofereceu
Tu viste um sapo	
Um feio sapo	Tu viste um sapo
Tiveste medo	A encher o papo
Ou é segredo	E o bicharoco
	Não te deu troco
Eu vi um sapo	
Com guardanapo	Eu vi um sapo
Estava a papar	Um grande sapo
Um bom jantar	Foi malcriado
	Fiquei zangado
Tu viste um sapo	
Com guardanapo	Tu viste um sapo
E o que comia	Um grande sapo
E o que fazia	Deixa-o lá estar
	Vamos brincar.



O Areias é um camelo!

Anda no deserto
E gosta de armar em bom
Pensa que é esperto
E que tem ar de bom tom

E tem a mania
De que é muito elegante
Diz que não é nenhum elefante
Arma-se em valente

E lança logo um grunhido
Tem as patas altas
E um andar muito mexido
Já andou na guerra
E nunca foi vencido
Mas é muito muito convencido

E diz com ar superior
Que só lhe falta ser doutor
E acha que é
De entre todos o mais belo

O Areias é um camelo
Tem duas bossas e muito pelo
É muito alto e refilão
É engraçado e espertalhão
E agora está como ele quer
Está no jardim p'rá gente ver

O Areias é um camelo
Tem duas bossas e muito pelo
É muito alto e refilão
É engraçado e espertalhão
O Areias virou canção!



Doidas andam as galinhas!



Doidas, doidas, doidas, andam as galinhas
Para pôr o ovo lá no buraquinho
Raspam, raspam, raspam
P'ra alisar a terra
Bicam, bicam, bicam
Para fazer o ninho
Raspam, raspam, raspam
P'ra alisar a terra
Bicam, bicam, bicam
Para fazer o ninho

Arrebita a crista o galo vaidoso
Có-có-ró-có-có
Canta refilão

E todo emproado com ar majestoso
É o comandante deste batalhão.
E todo emproado com ar majestoso
É o comandante deste batalhão.

Doidas, doidas, doidas, andam as galinhas
Para pôr o ovo lá no buraquinho
Raspam, raspam, raspam
P'ra alisar a terra
Bicam, bicam, bicam
Para fazer o ninho
Raspam, raspam, raspam
P'ra alisar a terra
Bicam, bicam, bicam
Para fazer o ninho

Arrebita a crista o galo vaidoso
Có-có-ró-có-có
Canta refilão

E todo emproado com ar majestoso
É o comandante deste batalhão.
E todo emproado com ar majestoso
É o comandante deste batalhão.
E todo emproado com ar majestoso
É o comandante deste batalhão.



Todos os patinhos sabem bem nadar!

Todos os patinhos sabem bem nadar
Sabem bem nadar
Cabeça para baixo, rabinho para o ar
Cabeça para baixo, rabinho para o ar

Quando estão cansados da água vão sair
Da água vão sair
Depois em grande fila, para o ninho querem ir
Depois em grande fila, para o ninho querem ir



O sapo não lava o pé! (Panda e os Caricas)

O Sapo não lava o pé,
Não lava porque não quer.
Ele mora lá na Lagoa,
Não lava o pé porque não quer.
Mas que Xulé!

A Sapa na lava a pa,
Na lava parca na ca.
Ala mara la na laga,
Na lava a pa,
Parca na ca!
Mas ca chala!

E Sepe ne leve e pe,
Ne leve perce ne ce.
Ele mere le ne lege,
Ne leve e pe,
Perce ne ce!
Mes ce chele!

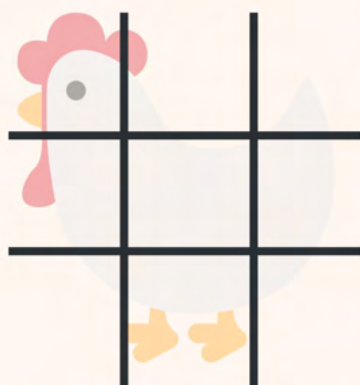
I Sipi ni livi i pi,
Ni livi pirci ni ci.
Ili miri li ni ligi,
Ni livi i pi,
Pirci ni ci!
Mis ci chili!

O Sopo no lovo o po,
No lovo porco no co.
Olo moro lo no logo,
No lovo o po,
Porco no co!
Mos co cholo!

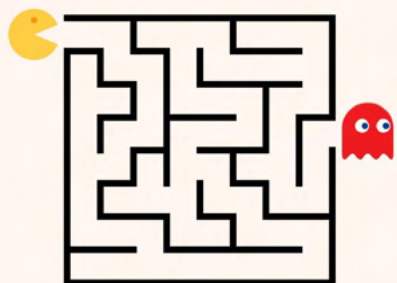
U Supu nu luvu u pu,
Nu luvu purcu nu cu.
Ulu muru lu nu lugu,
Nu luvu u pu,
Purcu nu cu!
Mus cu chulu!



Jogo do Galo



labirinto



O que existe no hospital?



Jogo das palavras



p _ _ n _ _ o



m _ _ d _ _ c _ _



m _ _ s _ _ a _ _ a

Números

1 2 3 4 5

6 7 8 9 10

10 9 8 7 6

5 4 3 2 1



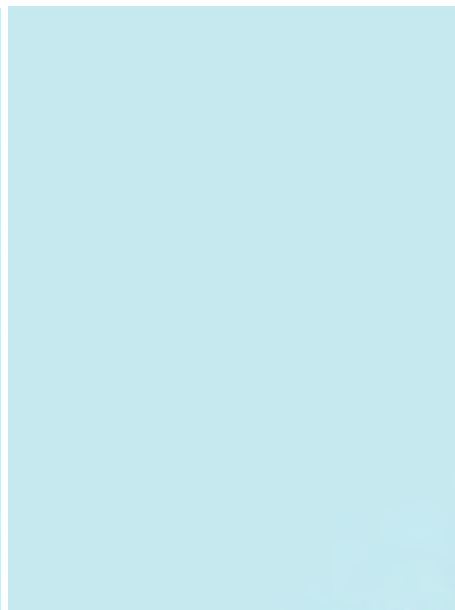
Sorrir para as nuvens

Hoje, sorrio para as nuvens!
 E elas sorriem para mim!
 Vou deixá-las bem malucas
 E abraçá-las dentro de mim!

O sol, esse grande maroto,
 Também quer enlouquecer,
 Mas logo fica atrás e tonto
 Com este meu jeito de ser!



Enf^{te} Paulo Pinto

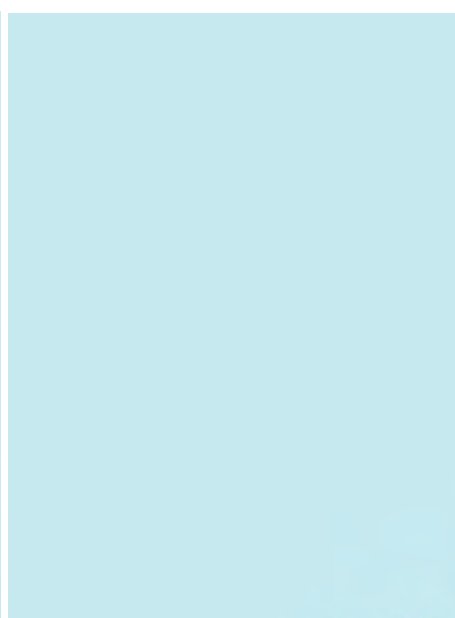


Gato Bigodes!

Eu sou o gato Bigodes!
 Vim aqui para te ajudar
 Tu és forte e até podes
 Sair daqui a cantarolar!

Aqui tens muitos amigos.
 Dos melhores que a gente tem!
 Protegem-te de maiores perigos
 E todos querem que fiques bem!

Enf^{te} Paulo Pinto

Boa noite com o gato preguiça!

Eu sou o gato Preguiça que por aqui passa
Para desejar uma boa noite e um bom descanso!
Trouxe um fundo rosa e flores bonitas, com graça,
Uma estrela, uma borboleta e um patinho manso!

Trouxe ainda um coração bem vermelho, com raça,
Para te dar a força que precisas, onde eu, ágil, danço!
E se estiveres mais triste, te garanto que passa!
Olha o meu bonito pêlo e o olhar meigo que te lanço!

Vou-te de deixar adormecer atrás da vidraça
E, num piscar de olhos, também em remanso,
Me vou deixar embalar pelo sono que já trespassa
Toda a minha aldeia num hipnótico balanço!

Enf® Paulo Pinto



Coelho Saltitão!

Eu sou o coelho saltitão,
De pêlo branco e fofinho!
Estende lá a tua mão,
Para darmos um pulinho!

Também já estive doente...
Mas agora estou melhor!
Ficou ainda mais potente
O meu pequeno motor!

Enf® Paulo Pinto



Rei gato

Este gato já adivinhou
Que eu lhe fiz um poema!
Com palavras eu lhe dou
A beleza mais suprema!

Conhecido eu já lhe sou,
Poeta que o faz um tema!
Nesse olhar me cativou
Um sentir que vale a pena!

Nesse correr de varanda
Abana a cauda, simpático!
Num pé de veludo ele anda,

Suave, em modo automático!
Meigo e atento, ele se manda
A mim, rei d'olhar monástico!

Enf^{te} Paulo Pinto



Um queijo no comboio

Por baixo do assento e de lado,
Eu vi um bom pedaço de queijo!
Ainda estava meio embalado
E mal dentado por fraco desejo!

Alguém, aqui, desorientado,
Na falta de um maior desejo,
Estava tão e muito esfomeado
Que deixou quase todo o queijo!

E já o queijo tem bolor...
E cheira mesmo muito mal...
E, sem fazer nenhum favor,
Vou fazer do lixo o seu final!

Enf^{te} Paulo Pinto



APÊNDICE XII - Humanização sala de espera da UP









Um queijo no comboio

20

Por baixo do assento e de lado,
Eu vi um bom pedaço de queijo!
Ainda estava meio embalado
E mal dentado por fraco desejo!

Alguém, aqui, desorientado,
Na falta de um maior desejo,
Estava tão e muito esfomeado
Que deixou quase todo o queijo!

E já o queijo tem bolor...
E cheira mesmo muito mal...
E, sem fazer nenhum favor,
Vou fazer do lixo o seu final!

Fonte: de Jovana Pires





APÊNDICE XIII - Sessão de formação “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem na urgência pediátrica”

Promoção da Vinculação Segura durante os cuidados de enfermagem pediátrica



Tópicos desta Apresentação

Tipos de Vinculação
Incidência dos maus tratos infantis no HFF
Recursos disponíveis para dar a conhecer a temática aos cuidadores
Recursos para promover a vinculação segura durante os cuidados de enfermagem

02

O que é a Vinculação?

Segundo Bowlby (1944), o sistema de vinculação entre os bebés e os cuidadores enquanto estratégia comportamental tem como função garantir a sua sobrevivência. (Nascimento, M. 2016)

Naturalmente "o bebé irá formar uma relação de vinculação com o seu cuidador, procurando-o em momentos de ameaça e perigo, e com vista a encontrar conforto e segurança". (Bowlby 1982, referenciado por Gonçalves, M. 2019)

É com esta relação que crescemos, que nos desenvolvemos e que nos conectamos com o mundo, nomeadamente, na relação com os outros e com o que nos envolve.

03

Vinculação Segura

- As interações entre cuidador e criança são mais harmoniosas;
- A criança é mais cooperante e disponível;
- A criança explora o meio de forma individual;
- A criança deixa-se consolar mais facilmente pelo cuidador;
- A criança expressa as emoções negativas de forma ativa e construtiva;
- O cuidador é disponível e responsivo às necessidades da criança;
- O cuidador é capaz de confortar e proteger a criança em momentos de ameaça, diminuindo os seus níveis de ansiedade. (Gonçalves, M. 2019)



04

Vinculação Ansiosa/Ambivalente

05

- A criança tem uma maior ansiedade quando separadas do cuidador;
- A criança não demonstra confiança na disponibilidade e responsividade do cuidador;
- A criança não consegue explorar o meio de forma individual;
- Quando o cuidador se ausenta a criança reaja com choro imparável e stress, e quando o cuidador retorna não se acalma facilmente. (Gonçalves, M. 2019)



Vinculação Evitante

- A criança tem um comportamento evitante perante o cuidador;
- Quando o cuidador se ausenta ou retorna a criança não demonstra angústia ou choro de separação; (Gonçalves, M. 2019)
- A criança é mais propensa a inibir ou exagerar demonstrações negativas. (Barnard, K. 2015)

"O padrão de comportamento destas crianças surge como uma estratégia para lidar com o conflito perante a mãe, evitando o contato e dirigindo mesmo a sua raiva à figura de vinculação de forma a proteger-se de rejeições futuras por parte desta". (Ainsworth et al., 1978)



06

Uma redução no tempo de hospitalização das crianças.
(Venta, A. 2014)

Vários benefícios para o desenvolvimento infantil, como a **capacidade de enfrentarem situações de stress, medo, procedimentos dolorosos, com maior segurança e confiança.**

A capacidade das crianças se **autorregular** **emocionalmente e serem socialmente mais produtivas.**
Facilita que possam ter a quem recorrer sempre que se sentirem com medo, com dúvidas, angustiados e muitas vezes até em momentos de exaustão.

O QUE PROMOVE O VÍNCULO SEGURO?



07

Nas relações em que a criança é reconhecida nas suas necessidades e se sente vista, acolhida e compreendida, com uma relação previsível e chegada, chega-se frequentemente a um vínculo seguro.

A incapacidade dos pais para atender às necessidades de seus filhos pode ser prejudicial potenciando doenças mentais, uso de drogas e álcool, dificuldades de aprendizagem e violência. (Obadina, S. 2013)

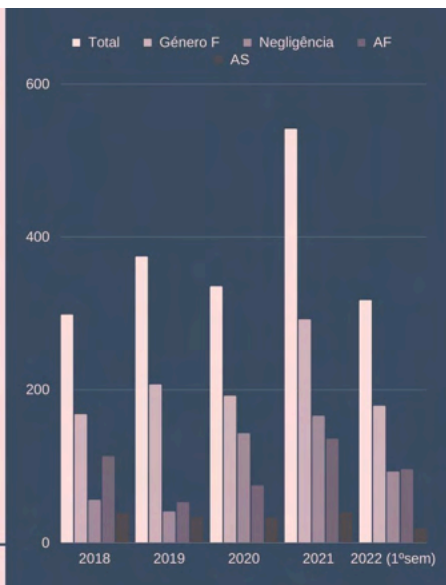


08

A criança com uma vinculação de base segura, será posteriormente um adolescente seguro, com autonomia e identidade própria. (Bowlby, referenciado por Monteiro, B. 2019)



09



Incidência maus tratos infantis

Fonte: NHACJR ((Núcleo hospitalar de apoio da criança e jovem em risco)

O que explicar aos pais?



- Fazer **contato Barriga com Barriga** e **Olhos nos Olhos** quando o seu bebé estiver a mamar;
- **Perceber os sinais do seu bebé** (quando está saciado, quando precisa, de fazer pausas a mamar e quando precisa de mudar de posição a mamar);
- Quando alimenta o seu bebé tentar prestar-lhe o máximo de atenção e conversar. **Evitar o uso de tecnologias neste momento;**
- Ser o porto seguro do seu bebé;
- Sorrir e falar com o seu bebé de forma calma; Aconchegar e embalar de uma forma calma;
- Quando o seu bebé estiver a **chorar ou perante situações de stress**, baixar o seu tom de voz, fazer festinhas, aconchegar e dar beijinhos, cantar e dar reforços positivos;
- **Não fazer comentários negativos sobre o comportamento** da sua criança na presença de outras pessoas;
- **Explicar sempre as consequências do comportamento** da criança e não apenas ordenar que se comporte da maneira que desejam.

Recursos

PROMOVA O CONFORTO E SEGURANÇA DA SUA CRIANÇA

O QUE É A VINCULAÇÃO?

É com esta relação de vinculação com os pais que crescemos, que nos desenvolvemos e que nos adaptamos tanto à realidade como ao futuro.



O que acontece quando sou o conforto do meu filho?

A criança com uma vinculação de base segura, será um indivíduo seguro, capaz de estabelecer relações, dialogar, relacionar-se por flexibilidade. (Bowlby)



Como promover um vínculo seguro com o meu filho?

Responder ao choro do meu filho

Resposta a choro ou expressão de dor, tristeza ou medo tem de ser, base emocional, desenvolver a confiança e a relação positiva.

Ter disponibilidade para estar com o meu filho, estar atento, disponível e disponível

Resposta a choro ou expressão de dor, tristeza ou medo tem de ser, base emocional, desenvolver a confiança e a relação positiva.



Durante a permanência na Urgência Pediátrica

Na urgência pediátrica, a criança com uma vinculação de base segura, será um indivíduo seguro, capaz de estabelecer relações, dialogar, relacionar-se por flexibilidade. (Bowlby)



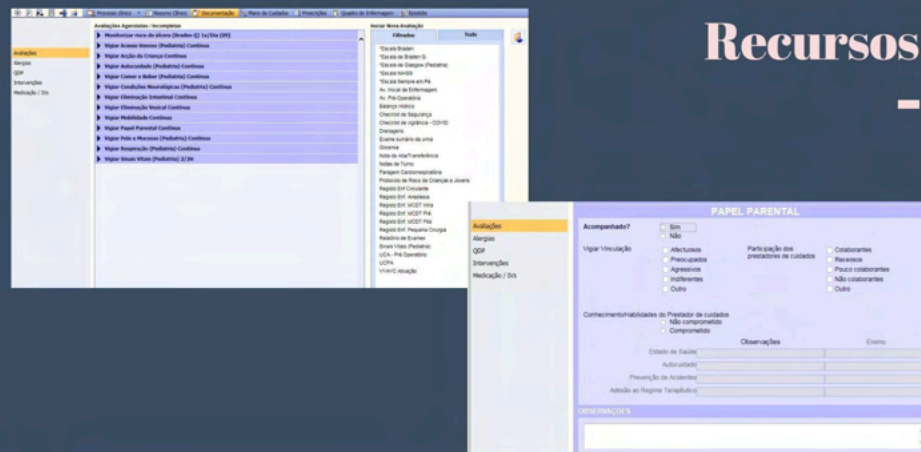
Vínculo Seguro

Criança que é reconhecida nos seus necessidades, se sente acolhida e compreendida pelos pais.



Parceiros: Associação AMBAP - Associação Amigos da Mãe e do Pai
 Associação Amigos da Mãe e do Pai
 Associação Amigos da Mãe e do Pai





13



14

Referências bibliográficas

15

- Exley, H. (2005). *Bebé - giftbook*. Editorial Estampa. Lisboa.
- Barnard, K., Guo, Y., Leu, S., Spieker, S., Thompson, E. (2015). An Examination of Changes in Emotion Co-regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. *Infant and Child Development*.
- Gonçalves, Marta Alexandra Martins. (2019). *Vinculação do adulto ao pai e mãe e vinculação da criança: Que relação?* Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Nascimento, Miguel Filipe Pereira. (2016). *Influência da segurança de vinculação aos pais na transferência de componentes de vinculação aos pares na adolescência*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Monteiro, Bianca Catarina Abreu Monteiro. (2019). *Vinculação e estilos parentais em adolescentes e jovens adultos: personalidade e regulação emocional do risco do uso das redes sociais*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Obadina, S. (2013). Understanding attachment in abuse and neglect: implications for child development. *British Journal of School Nursing* , Vol 8 No 6 (P.290-295)
- Venta, A., Sharp, C., & Newlin, E. (2014). A descriptive study of symptom change as a function of attachment and emotion regulation in a naturalistic adolescent inpatient setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*

APÊNDICE XIV - Planeamento da sessão de formação “Promoção da vinculação segura durante os cuidados de enfermagem na urgência pediátrica” dirigida aos Enfermeiros da UP

Formulário de Planeamento de Formação Interna

Serviço	Urgência Pediátrica
Designação da Ação de Formação	Promoção da Vinculação Segura durante os cuidados de enfermagem na Urgência Pediátrica
Objetivos	• Sensibilizar para a promoção da Vinculação Segura; • Despistar situações de maus tratos infantil; • Divulgar os recursos disponíveis para identificar vínculos comprometidos;
Competências a adquirir	• Promover a Vinculação Segura; • Identificar precocemente situações de maus tratos infantis.
Conteúdo programático	• Estratégias para dar a conhecer aos cuidadores/pessoas de referência sobre a temática da vinculação e a incidência de maus tratos à criança nos últimos anos; • Aspetos do preenchimento na plataforma SOARIAN, da avaliação "Vigiar o papel parental Contínua"; • Promover a parceria de cuidados entre os cuidadores/pessoas de referência e enfermeiro, durante os cuidados de enfermagem; • Importância de dar conhecimento aos cuidadores/pessoas de referência sobre estratégias não farmacológicas de auxílio na prevenção/tratamento da dor das crianças; • Sensibilização para a utilização dos "Cartões de parceria de cuidados nos procedimentos de Enfermagem".
Destinatários (Grupo Profissional, Nº por Ação)	Enfermeiros da Urgência Pediátrica
Equipa Pedagógica	Sra Enfª Patrícia Pereira (Mestranda na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica) (Orientadora do estágio e enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica)
Coordenação	
Método(s)/Meio(s) Pedagógicos	Método Expositivo, Participativo e Reflexivo
Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa)	Qualitativa
Data(s)	31 de Janeiro, 02 de Fevereiro
Horário	Total Horas 30 min
Local	Urgência Pediátrica