

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**O MODELO TOUCHPOINTS: MAPEAMENTO DE SUA APLICAÇÃO E
EFEITOS, E INTERFACES COM O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA**

Orientanda: Ana Laura de Oliveira Santos
Orientadora: Maria de La Ó Ramallo Veríssimo
Coorientadora: Jéssica Batistela Vicente

São Paulo
2022

RESUMO

Introdução: O modelo Touchpoints apresenta um mapeamento do desenvolvimento infantil, composto por períodos de regressão e desorganização que precedem um rápido surto no desenvolvimento da criança, enquanto ela está aprendendo uma nova competência. Conhecer esse comportamento previsível permite a construção de cuidados antecipatórios com os pais, ressignificando o comportamento regressivo da criança e evitando desorganização no sistema familiar. Já o Cuidado Centrado na Família (CCF) orienta o gerenciamento do planejamento, aplicação e avaliação do cuidado, oferecendo intervenções de enfermagem flexíveis, culturalmente competentes, que respondam às necessidades familiares. Esse estudo tem por finalidade contribuir para melhoria das ações profissionais para a promoção do desenvolvimento da criança, ao analisar possibilidades e limites da utilização dos dois modelos teóricos em conjunto. **Objetivos:** Caracterizar o modelo Touchpoints, quanto a conteúdos e elementos centrais, profissionais e contextos de aplicação, efeitos, e limites para sua utilização; e comparar o modelo Touchpoints com o Cuidado Centrado à Família. **Métodos e Procedimentos:** Revisão narrativa de literatura nas bases de dados ERIC, BASE, Medline, Pubmed, Scopus, CINAHL, e no buscador Google Scholar, com as palavras-chave “Touchpoints”, “Touch points” e “Brazelton”. Foram incluídos estudos disponíveis em português, inglês, ou espanhol que contemplavam conteúdos e elementos do modelo Touchpoints, profissionais e contextos de aplicação do modelo, efeitos da aplicação do modelo na prática clínica, e limitações na sua utilização. Os trabalhos que apenas citavam o modelo foram excluídos. Os conteúdos sintetizados foram analisados à luz dos elementos do CCF. **Resultados:** Foram identificados 1266 textos. Destes, apenas 72 foram considerados elegíveis após leitura de título e resumo. Dezenove foram excluídos por duplicidade. Com isso, 53 trabalhos foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 33 foram excluídos por não responderem à pergunta de pesquisa, e quatro por apresentarem o mesmo conteúdo em formatações distintas. Ao total, 16 textos foram selecionados para compor a revisão narrativa. Quanto à caracterização do modelo Touchpoints, destacaram-se: a visão multidimensional do desenvolvimento infantil, a importância do olhar culturalmente sensível à criança e seus sistemas de feedback interno e externo, e os cuidados antecipatórios. Seu uso teve como resultados: aumento da autonomia de crianças e famílias para lidar com seus momentos de desorganização, e fortalecimento da relação entre profissionais da saúde e pais. Quanto aos profissionais envolvidos na aplicação, a maioria dos estudos citou profissionais da saúde, destacando-se o enfermeiro. Apenas um artigo citou educadores de infância no contexto da creche. A atenção primária à saúde foi o principal contexto de aplicação do modelo. Quanto aos efeitos, destacaram-se: o fortalecimento da relação profissionais-família, e da competência parental; a aquisição de conhecimentos acerca do desenvolvimento e comportamento infantil, e o aumento do sentimento de autoeficácia. **Conclusões:** Este estudo comparou dois modelos teóricos que promovem e valorizam a competência parental. O CCF foi mais utilizado para gerenciamento do cuidado em contexto hospitalar, e o modelo Touchpoints na atenção primária, por meio dos cuidados antecipatórios e para promoção do envolvimento. Suas convergências indicam que a utilização de ambos pode melhorar as ações profissionais para o cuidado e promoção do desenvolvimento infantil. **Descritores:** Desenvolvimento Infantil. Relações Profissional-Família. Enfermagem Pediátrica.

MODELO TOUCHPOINTS: MAPEAMENTO DE SUA APLICAÇÃO E EFEITOS, E INTERFACES COM O CUIDADO CENTRADO A FAMÍLIA.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é uma tarefa multidimensional, de trajetória não linear, apoiada em atitudes colaborativas e de confiança entre profissionais e famílias (BRAZELTON; SPARROW, 2003). Ao entender a complexidade do desenvolvimento infantil, compreende-se que seu elemento chave é o fortalecimento do papel parental, além da avaliação contínua por meio de orientações às famílias, recursos estruturados promotores do desenvolvimento.

Entende-se por recursos estruturados os meios que possibilitem a experiência ambiental da criança para o seu desenvolvimento. Brazelton e Greenspan (2000) no livro “The Irreducible Needs of Children” já mencionavam sobre uma possível interação discreta entre tendências genéticas e experiências ambientais, que adaptam a biologia infantil ao seu ambiente por meio das interações com as quais a criança é envolvida. Hoje, com os estudos mais avançados na área da epigenética, podemos confirmar tais hipóteses. Diante disso, pode-se afirmar que o desenvolvimento é um produto da interação entre as características intrínsecas da criança e seu ambiente de cuidados (FOX; LEVITT; NELSON, 2010; BRITTO et al, 2016; National Scientific Council on the Developing Child, 2020), o que reforça a premissa sobre a multidimensionalidade da promoção do desenvolvimento infantil.

Para que os profissionais desenvolvam competências como educadores, com foco no desenvolvimento comportamental e emocional da criança, foi criado o modelo Touchpoints, do Dr. Thomas B. Brazelton, atualmente chamado Touchpoints Practice Model - TPM (STADTLER et al, 2013). Essa é uma base teórica que impulsiona e respalda cientificamente as condutas dos profissionais da saúde e outros que atuam com famílias com vistas a "potenciar a competência parental na construção da relação pais-filhos e criar uma aliança entre os pais e os profissionais que fazem parte do seu sistema" (Fundação Gomes Pedro, 2022).

O modelo Touchpoints apresenta um mapeamento do desenvolvimento infantil composto por períodos chamados de “*Touchpoints*”, que são fases previsíveis de regressão e desorganização que ocorrem antes de um surto de rápido no desenvolvimento da criança, enquanto ela está aprendendo uma nova competência (BRAZELTON, 1994; Brazelton Touchpoints Center 2016). Este comportamento previsível permite a construção de cuidados antecipatórios em parceria com os pais, além de ser uma oportunidade para ressignificar o

comportamento regressivo da criança, que pode gerar desorganização no sistema familiar e ser disruptivo. O modelo Touchpoints, além de promover o desenvolvimento infantil, entendendo e respeitando sua dinâmica não linear, traz princípios norteadores para o trabalho com famílias que podem ser explorados durante a assistência de enfermagem e fortalecer a competência parental. Este modelo reconhece as forças e capacidades parentais, e tem como um dos seus pressupostos que a parentalidade é construída por tentativa e erro (BRAZELTON, 1994; Brazelton Touchpoints Center 2016).

Indo além dos efeitos do modelo Touchpoints na prática de enfermagem, busca-se entender suas interfaces com o Cuidado Centrado na Família (CCF). Esse modelo é um exemplar operacional de gerenciamento do planejamento, aplicação e avaliação do cuidado, a fim de oferecer intervenções de enfermagem flexíveis, culturalmente competentes, que respondam às necessidades familiares (JOHNSON et al. 2009). O CCF, ao reconhecer a força e a individualidade da família (SHIELDS L; PRATT J; HUNTER J, 2006), favorece o aumento da eficácia familiar aos cuidados, melhorando seu funcionamento e adaptação aos novos eventos do ciclo de vida da criança.

O Modelo TP e o CCF promovem e valorizam a competência parental no cuidado e na promoção do desenvolvimento infantil. O CCF, de acordo com Johnson et al. (2009), facilita a relação equipe de saúde-família-comunidade, por meio da promoção de um cuidado compartilhado, comunicação aberta e tomada de decisões compartilhadas. Já o modelo TP guia os pais na jornada de conquista da autonomia pela criança, trabalhando, por meio dos cuidados antecipatórios, as ansiedades nos momentos de regressão no desenvolvimento para prevenir que sejam disruptivos, tornando os pais mais competentes para exercer o cuidado à criança (BRAZELTON, 2003).

A fim de explorar as possibilidades de integração dos dois modelos no cuidado de enfermagem, este trabalho busca explorar a seguinte questão: como se caracteriza o modelo *Touchpoints* quanto aos elementos centrais, efeitos e limites para sua utilização? Quais são os principais contextos de aplicação do modelo? Quais são as semelhanças e aproximações, bem como as diferenças e contradições dos modelos Touchpoints e CCF?

2. OBJETIVOS

Caracterizar o modelo *Touchpoints* quanto a: conteúdos e elementos centrais; profissionais e contextos de aplicação; efeitos; e limites para sua utilização.

Comparar o modelo *Touchpoints* com o Cuidado Centrado na Família.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo em duas etapas: uma revisão narrativa de literatura para mapeamento e descrição da utilização do modelo *Touchpoints* e uma análise comparativa dos componentes do modelo com os componentes do Cuidado Centrado na Família.

A revisão narrativa da literatura consiste em combinar os diversos resultados coletados dos artigos selecionados, a fim de realizar uma síntese do conhecimento, possibilitando uma completa compreensão acerca do objeto de estudo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O objetivo principal de uma revisão narrativa de literatura é compilar conhecimentos sobre o objeto de estudo, e, no presente estudo, sobre o modelo *Touchpoints*, para apresentar suas potencialidades e limitações. Diante da complexidade e da constante atualização dos conhecimentos na área da saúde, métodos como este, além de elucidar de forma sucinta inúmeras evidências, têm importante papel para educação continuada (ROTHER, 2007), apresentando panoramas complexos sobre o objeto de estudo de forma resumida, porém completa, sobre o fenômeno.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados e buscadores: ERIC, BASE, Medline, Pubmed, Scopus, CINAHL e Google Scholar, mediante a estratégia de busca estabelecida em conjunto com bibliotecária da Escola de Enfermagem da USP utilizando as palavras-chaves “(touchpoints OR "touch points") AND brazelton”. Compor a busca com o nome do autor tornou-a mais específica, pois o termo *touchpoints* é utilizado em diferentes contextos, referido a outros modelos ou elementos de processos diversos.

Para identificar a literatura cinzenta foram realizadas pesquisas manuais no site do Brazelton Touchpoints Center e da Fundação Brazelton Gomes-Pedro, e via Google Scholar. Os documentos localizados também foram triados e incluídos na seleção.

A triagem dos estudos foi realizada por meio da leitura dos títulos e resumos, e leitura na íntegra quando a análise de título e resumo foi insuficiente para inclusão do estudo. Os estudos elegíveis foram lidos e avaliados na íntegra. Foram incluídos os estudos que contemplavam conteúdos e elementos do modelo *Touchpoints*; descrições de profissionais e contextos de aplicação do modelo; efeitos da aplicação do modelo na prática clínica; limitações na utilização do modelo; disponíveis nos idiomas português, inglês, ou espanhol. Os trabalhos que apenas citavam o modelo *Touchpoints*, mas que não apresentavam conteúdos que pudessem compor o quadro explicativo do modelo, foram excluídos.

Os dados extraídos dos textos elegíveis foram organizados em dois quadros, para melhor responder às perguntas de pesquisa. O primeiro apresenta os registros encontrados nos buscadores e sites do “Touchpoints Center” (Quadro 1). Nesse, a coluna “resumo” contém

conteúdos e elementos centrais do modelo abordados nos trabalhos selecionados. Já o Quadro 2 organiza os estudos identificados nas bases de dados em tópicos “participantes do estudo” e “resultados”, extraíndo as respostas das intervenções baseadas no modelo *Touchpoints*. Entende-se por conteúdos e elementos centrais as ferramentas do modelo *Touchpoints* que são: princípios norteadores (Quadro 4), pressupostos parentais (Quadro 5) e profissionais (Quadro 6), e a mudança de paradigma (Quadro 7).¹

Posteriormente, elaborou-se um quadro analítico (Quadro 3) com o objetivo de analisar a correspondência do Modelo *Touchpoints* quanto às potencialidades e limites para a sua integração com o Cuidado Centrado à Família. Esse estudo teórico foi baseado nos conceitos dos dois modelos, que possibilitam o desenvolvimento de comparações para identificação de semelhanças e aproximações, bem como de diferenças e contradições entre si.

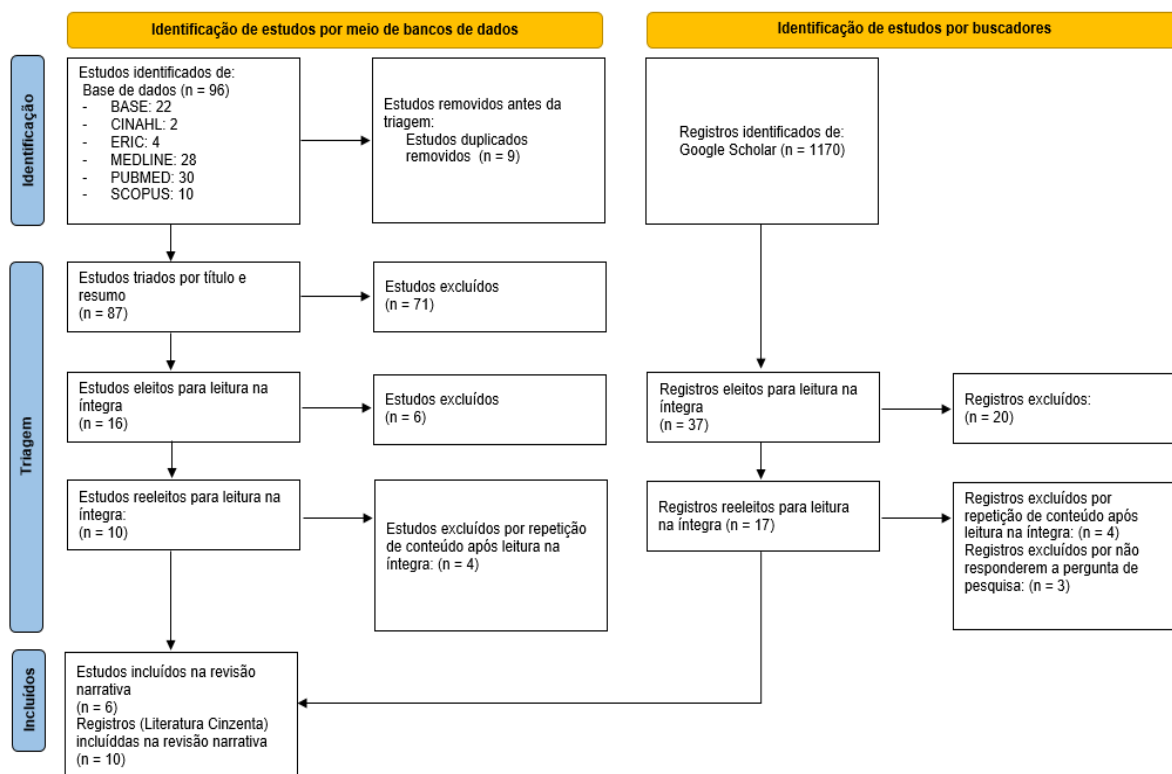
4. RESULTADOS

Foram identificados 1266 textos, dos quais 1194 foram considerados não elegíveis após leitura de título e resumo. Dos 72 trabalhos pré selecionados, 19 foram excluídos por duplicidade. No total, 53 trabalhos foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, 33 foram excluídos por não responderem à pergunta de pesquisa ou por apenas citarem o modelo *Touchpoints*, dos quais quatro foram excluídos por apresentarem o mesmo conteúdo em formatações distintas. Ao total, 16 textos foram selecionados para compor a revisão narrativa.

O processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos, apresentados na Figura 1, foram organizados de acordo com a diretriz atualizada do diagrama PRISMA (PAGE M J et al., 2021).

¹ Para melhor compreensão dos conteúdos que compõem as ferramentas do modelo, apresenta-se quatro quadros Anexo) com base nos estudos de Brazelton e Sparrow (2003).

FIGURA 1 - DIAGRAMA PRISMA



Fonte: (Page MJ et al., 2021)

Os 16 documentos incluídos para a síntese qualitativa serão apresentados em dois quadros: Um para a literatura cinzenta (Quadro 1) e o outro para os artigos (Quadro 2). Cabe ressaltar que cada um dos estudos selecionados não abordou a totalidade dos conteúdos e elementos centrais do modelo, ou seja, os 9 princípios norteadores (Quadro 4), os 7 pressupostos parentais (Quadro 5), 7 pressupostos profissionais (Quadro 6), e as 6 mudanças de paradigmas (Quadro 7) descritos no modelo *Touchpoints*. A seção “resumo” e “principais resultados” apresenta uma síntese dos conteúdos e elementos centrais citados e trabalhados nos estudos incluídos, e seus mapeamentos, conforme objetivo da pesquisa, podem ser visualizados em seguida.

A seguir, os textos selecionados contém, em suas seções, trechos sublinhados. Essa representação tem por objetivo atentar aos conteúdos e elementos centrais trabalhados com maior ênfase no estudo.

QUADRO 1 – RESUMO DOS TEXTOS SELECIONADOS DA LITERATURA CINZENTA

TÍTULO	AUTORIA E ANO DE PUBLICAÇÃO	RESUMO
1-The Touchpoints Pediatric Asthma Program	STADTLER, Ann C.; TRONICK, Edward Z.; BRAZELTON, T. Berry. Pediatric Nursing, v. 27, n. 5, 2001.	Após implementação do programa, observou-se um <u>aumento da autonomia</u> da criança para lidar com sua própria condição; encorajamento da criança a ser responsável pelo controle de sua doença (principalmente na prevenção, através dos <u>cuidados antecipatórios</u>). Para estes efeitos, o relato de experiência prevê que as enfermeiras tenham a formação no modelo e que <u>valorizem as forças e competências parentais</u> , por meio de um cuidado colaborativo. O artigo também relata sobre a <u>mudança de foco dos profissionais para o relacional</u> , buscando compreender a experiência da família que tem uma criança com asma, e não somente para a parte clínica da crise asmática. Além disso, propõe-se um grupo de estudos sobre asma e seus efeitos na dinâmica familiar. O conhecimento sobre o desenvolvimento da doença possibilitou a redução da ansiedade e do aspecto psicossomático nas crianças.
2-The Brazelton Touchpoints™ Approach to Infants and Toddlers in Care: Foundation for a Lifetime of	SINGER, Jayne. Dimensions of Early Childhood, v. 35, n. 3, p. 4, 2007.	O profissional de educação formado no modelo entende e maneja melhor os <u>momentos disruptivos</u> do desenvolvimento da criança, <u>trabalha em conjunto com a famílias</u> e profissionais de saúde, fortalecendo a rede de apoio da criança.

Learning and Loving.		
3-Working with families: Opportunities for early intervention.	BRAZELTON, T. Berry. Pediatric Clinics of North America, v. 42, n. 1, p. 1-9, 1995.	O editorial enfatiza a <u>importância do conhecimento da individualidade da criança</u> , lançando mão do modelo Touchpoints para o mapeamento das necessidades, com o objetivo de <u>aumentar a competência familiar</u> em oferecer cuidados adequados ao desenvolvimento da criança.
4-Caring for the Pediatrician	BRAZELTON, T. Berry. Pediatric Annals, v. 36, n. 4, p. 236-237, 2007.	O documento reforça um dos pressupostos fundamentais do modelo TP: <u>Os pais são peritos em suas crianças</u> e precisam ser tratados dessa maneira. Por isso, Brazelton reforça a importância do profissional compartilhar oportunidades de <u>suporte à parentalidade</u> , ao invés de ensinar os pais a serem pais. Deste modo, pode-se constatar uma melhora no sistema de aproveitamento do conteúdo a ser passado pelo profissional.
5-How to Help Parents of Young Children: The Touchpoints Model	BRAZELTON, T. Berry. Journal of Perinatology, v. 19, n. 1, p. S6-S7, 1999.	A importância do <u>cuidado antecipatório</u> como uma oportunidade para o diálogo entre o profissional e a família buscarem juntos entender as possíveis reações parentais frente os desafios dos <u>momentos disruptivos</u> do processo de desenvolvimento infantil. O editorial também oferece o conhecimento sobre estes momentos disruptivos, e as estratégias envolvidas, que podem auxiliar na redução de padrões negativos que afetam áreas do sono e alimentação, por exemplo.

6-The Touchpoints Approach for Early Childhood Care and Education Providers	SINGER, J., & HORNSTEIN, J. (2010). Nurturing Children and Families, 288–299. (livro)	O texto traz o modelo como uma ponte entre dois mundos sociais: o da criança e o dos pais, experiência esta fortalecida por cuidados nutritivos. O texto vai além, trazendo perspectivas positivas da aplicação do modelo no ambiente escolar, dissertando sobre a melhor qualidade do ensinar envolver o <u>conhecimento sobre desenvolvimento social e emocional infantil</u>, além dos conhecimentos sobre comportamentos afetivos, pensamento e linguagem. Além disso, a responsabilidade do profissional em <u>ajudar os pais, antecipadamente</u>, na construção de respostas constantes e sensíveis aos <u>momentos de desorganização da criança</u>, fortalecendo a <u>competência parental através da promoção de relações positivas</u>.
7- A Developmental approach for the prevention of common behavioral problems.	VILLAGE, Ed Elk Grove. interactions, v. 6, n. 7, p. 34-38, 2006.	O editorial reforça a importância de termos a consciência sobre o <u>desenvolvimento infantil</u> ser descontinuado, apresentando períodos de regressão importantes para o avanço em outros sistemas, como o motor, cognitivo, além da construção de estratégias sócio-emocionais estabelecidas pela maturação do cérebro em contato com o ambiente ao seu redor. Ao final, o texto fortalece a importância do profissional <u>estabelecer uma relação “profunda”</u> com os pais para melhor aproveitamento das consultas, tendo como princípio as <u>“mudanças de paradigma”</u> propostas no

		modelo.
8- A Review of the Early Care and Education Literature: Evidence Base for Touchpoints	CENTER, Brazelton Touchpoints young children, v. 29, n. 30, p. 31, 2007.	Traz a visão para a importância das primeiras relações como reguladoras da construção arquitetônica do cérebro da criança, além de assumir que a abordagem do modelo leva em consideração as <u>influências biológicas, ambientais e interacionais</u> , sendo esta central na determinação de resultados do desenvolvimento.
9- The Touchpoints Model of Development	BRAZELTON, T. Berry. The Touchpoints TM Model of Development T. Berry Brazelton, MD, and Joshua Sparrow, MD. 2003.	O documento se atenta em apresentar o modelo como um guia aos profissionais que <u>transcendem os marcos do desenvolvimento</u> , buscando por meio do <u>conhecimento dos momentos disruptivos da criança</u> trabalhar na clínica com <u>cuidados antecipatórios</u> , favorecendo a <u>competência parental</u> . Em sequência, o documento apresenta os princípios do modelo, <u>mudanças de paradigmas</u> propostas (falhas x forças), os principais touchpoints, além da representação do funcionamento do sistema de <u>feedback interno e externo</u> .
10- New Approaches to Optimizing Child Development and Breaking the Cycle of Poverty	SPARROW, Joshua. New Approaches to Optimizing Child Development And Breaking the Cycle of Poverty. Brazelton Touchpoints Center, 2008.	O modelo como uma <u>aproximação entre pais e profissionais</u> , promovendo a construção de saberes sobre o <u>desenvolvimento comportamental</u> da criança, a fim de trazer a compreensão sobre as observações e descobertas da criança; as regressões do comportamento com normais; o <u>cuidado colaborativo</u> centrado na premissa de que a expertise sobre a criança está presente na

		comunidade e nos pais, e não no profissional. No texto o modelo é apresentado como prática necessária aos profissionais nas operações institucionais, principalmente para aqueles que estão envolvidos com o cuidado às famílias do “ciclo da pobreza”. O autor traz a atenção às fadigas que vão além do cuidado à criança, que permeiam a falta de recursos para o cuidado afetivo, que acarreta na dependência da utilização de serviços não coordenados entre si, são processos inerentes ao modelo, tidos como olhares "sensíveis" pelo texto, são necessários para o profissional <u>não estabelecer pré julgamentos punitivos a família</u>; A construção de um cuidado pautado nas necessidades familiares e na aprendizagem experiencial, que <u>envolvam a cultura familiar</u>, e não a institucional.
--	--	---

QUADRO 2 - PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

NOME DO ARTIGO/ ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORIA	PARTICIPANTES DO ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
11-Reflections on T. Berry Brazelton, MD's Influence on Pediatric	STADTLER, Ann Coleman et al. Journal of Child and Adolescent	Enfermeiras Pediátricas.	O oferecimento do treinamento TP para enfermeiras pediátricas apresentou resultados positivos no <u>fortalecimento da relação entre profissionais-família</u>

Nursing/2013.	Psychiatric Nursing, v. 26, n. 4, p. 234-238		durante visitas domiciliares, além de promover um olhar holístico do cuidado e estratégias efetivas para engajamento de famílias no cuidado aos seus filhos. Os benefícios trazidos pela capacitação no modelo TP ficaram evidentes quando estas enfermeiras tiveram suas abordagens comparadas com enfermeiras sem o treinamento TP. A partir desses resultados, decidiu-se pela difusão do curso também para profissionais do serviço público, departamento de desenvolvimento humano, educação e hospitais nos EUA e em Portugal.
12-Newborn Behavior, Parent-Infant Interaction, and Developmental Change Processes: Research Roots of Developmental, Relational, and Systems-Theory-	SPARROW, Joshua. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, v. 26, n. 3, p. 180-185	Profissionais da Saúde.	O estudo traz o modelo TP como uma abordagem, e não uma intervenção, que possibilita o <u>fortalecimento da integração entre famílias-crianças-profissionais</u> . As séries de <u>desorganização temporária</u> na crianças são acompanhadas por frustrações parentais em sua maioria, e por isso são momentos os quais a <u>competência parental</u> precisa

Based Practice/2013.			ser reforçada para que as experiências entre pais e filhos sejam mantidas de forma adequada, preservando o funcionamento do complexo de <u>sistema de feedback</u> em ambientes de constantes mudanças.
13- “Touchpoints”: parents and nurses’ perceptions and satisfaction	SOARES, Hélia; PEREIRA, Sandra Martins; BARBIERI-FI GUEIREDO, Maria Céu. Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional, v. 6, n. 2, p. 5-24, 2016.	Pais e Enfermeiras.	Os pais que foram submetidos a consultas de enfermagem pautadas no modelo TP relatam terem adquirido mais <u>conhecimentos e habilidades sobre o desenvolvimento</u> de seus filhos; como estimulá-los; estratégias para lidar com suas “birras”; treino para uso do vaso sanitário; estímulo para o exercício de uma parentalidade mais disciplinada e amorosa. Além disso, o estudo também cita que as sessões contribuíram para um melhor conhecimento do <u>comportamento infantil</u> , oferecendo oportunidade para a apresentação de melhores práticas parentais, aumentando o <u>sentimento da autoeficácia</u> . Os cuidadores ainda referem sentir que as enfermeiras formadas no modelo provaram

			ser muito competentes, por meio da especificidades e da personalização de suas condutas. Já as enfermeiras relatam se sentirem mais motivadas, gratificadas, satisfeitas e empoderadas pela perceptível melhora da qualidade de seu cuidado.
14- O impacto do Modelo Touchpoints - das representações do educador de infância à construção de uma parentalidade confiante	CASTELÃO, Ana Sofia; PINTO, Débora; FUERTES, Marina. Atas do II Encontro de Mestrados em Educação e Ensino da Escola Superior de Educação de Lisboa, p. 76-94, 2015.	Educadores de infância	O estudo tinha por objetivo implementar o programa Touchpoints na creche para promover uma <u>relação de parceria entre pais e educadores</u>. Estes foram capacitados pelo modelo por mestradas especialistas no modelo. Duas instituições participaram do modelo, e a que apresentava um estatuto socioeconómico baixo apresentou melhoras significativas nos campos da manipulação, visão, audição, fala, interação, autonomia e cognição. Pais referem uma melhora de sua relação com a instituição e seus filhos. Após o treino prático do programa Touchpoints, as educadoras foram submetidas a práticas reflexivas, metodologia aliada

			ao programa que auxilia na reflexão sobre as estratégias utilizadas durante as intervenções.
15- Using Touchpoints to Promote Parental Self-Competence in Low-Income, Minority, Pregnant, and Parenting Teen Mothers	PERCY, Melanie S.; MCINTYRE, Lynne. Journal of Pediatric Nursing, v. 16, n. 3, p. 180-186, 2001.	Profissionais da Saúde (porém quem aplica o estudo às mães é um enfermeiro pediatra).	O estudo é um projeto piloto que tem por objetivo aumentar a <u>competência parental</u> em mães adolescentes de baixa renda através do modelo Touchpoints. As mães participantes do estudo relataram que o maior ganho da intervenção foi a oportunidade de serem ouvidas, terem suas preocupações respeitadas através de um <u>envolvimento empático</u> entre profissional-família.
16- Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care	TYLER, Diane O.; HORNER, Sharon D. Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. Journal of the American	Profissionais da Saúde	O estudo faz uma comparação entre o modelo da Entrevista Motivacional, utilizada para redução do sentimento de ambivalência e resistência de usuários, no que diz respeito a mudança no estilo de vida, através da <u>construção de uma relação terapêutica</u> , com o modelo Touchpoints, que conforme o artigo apresenta ideais próximos, no que concerne ao planejamento de estratégias motivadoras para

	Academy of Nurse Practitioners, v. 20, n. 4, p. 194-203, 2008.		mudança no estilo de vida em <u>colaboração com a família</u> , pensando em intervenções possíveis, considerando o contexto de vida de cada família. O texto faz <u>crítica às intervenções prescritivas</u> na atenção primária, que não são capazes de melhorar, de forma efetiva, indicadores de nutrição, peso, sono e qualidade de vida de famílias e crianças.
--	--	--	--

Os 16 estudos selecionados para o desenvolvimento desta pesquisa clarificam o modelo Touchpoints e suas contribuições na promoção do desenvolvimento infantil e no apoio ao fortalecimento da competência parental. Ambas contribuições são respostas às atitudes colaborativas fundamentadas nas ferramentas dos Touchpoints: princípios norteadores, pressupostos parentais (“os pais são peritos em seus filhos” e “todos os pais têm forças); texto 1 e 4, quadro 1) e suas potencialidades transformadoras da organização do cuidado por meio dos cuidados antecipatórios (textos 1,5,7,9; quadro 1), ou seja, intervenções em saúde que antecedem os momentos disruptivos da criança e a subsequente desorganização familiar, ajudando os pais na construção de uma melhor resposta às necessidades da criança.

Além disso, a construção do cuidado nutritivo requer uma mudança de paradigma, de um modelo que considera o desenvolvimento infantil como algo linear e foca no déficit, na atitude prescrita, no envolvimento objetivo com as famílias e em fronteiras disciplinares rígidas para um modelo que aborda o desenvolvimento como multidimensional e descontínuo (1,2,3,5,6,9,10; quadro 1), que se apoia na atitude colaborativa e positiva entre profissionais e família (1,2,5,6,7,9,10; quadro 1, e 12,14,16; quadro 2) com envolvimento empático (1; quadro 1, e 15; quadro 2) e fronteiras disciplinares flexíveis (Brazelton, 2006, 2015).

De forma geral, o Quadro 1 ilustra os conteúdos e temáticas centrais do modelo, citando a visão multidimensional do desenvolvimento infantil e a importância do olhar culturalmente sensível à criança e seus sistemas de feedback interno e externo (9; quadro 1, e 12; quadro 2). Os artigos incluídos na pesquisa (Quadro 2) apresentam os conteúdos centrais

do modelo de forma breve, a fim de introduzir a temática para melhor compreensão de intervenções que o utilizam, porém não discutem seus princípios, pressupostos e elementos-chave com a mesma profundidade que os documentos da literatura cinzenta.

Dos seis artigos selecionados, cinco (11,12,13,15,16; quadro 2) têm os profissionais da saúde como participantes do estudo. Destes, três (11, 13, 15; quadro 2) têm o enfermeiro como referência na aplicação do modelo. Um artigo (14; quadro 2) apresenta o modelo sendo utilizado por educadores de infância no contexto da creche.

No que diz respeito à literatura cinzenta, todos os documentos oferecem conhecimentos e estratégias que abrangem profissionais da educação e da saúde, em contextos variados, seja no âmbito escolar ou na clínica, independente do grau de complexidade do cuidado (primário, secundário ou terciário).

Em relação ao contexto de aplicação, os artigos deste trabalho apresentam a possibilidade de aplicação do modelo em visitas domiciliares (11; quadro 2), em consultas de enfermagem (13; quadro 2), na atenção primária (15; quadro 2) e em creches (14; quadro 2). No que diz respeito aos efeitos da aplicação do modelo, este influenciou positivamente: no fortalecimento da relação entre profissionais-família (11, 12; quadro 2) e da competência parental (12, 15; quadro 2); na aquisição de conhecimentos acerca do desenvolvimento e comportamento infantil (13; quadro 2) e no aumento do sentimento de autoeficácia (13; quadro 2), ou seja, o modelo apresentou melhores possibilidades de práticas parentais para um melhor manejo de momentos de desorganização da criança.

O exercício da parentalidade pela ótica mais amorosa e disciplinada do Touchpoints possibilitou a construção de respostas constantes e sensíveis aos momentos de desorganização. Um dos artigos (13; quadro 2) traz o relato de enfermeiras capacitadas no modelo que referiram “satisfação” e “empoderamento” em suas consultas pela perceptível melhora da qualidade de seu cuidado.

Os estudos selecionados não abordam limites para a utilização do modelo.

Diante do que foi exposto, pode-se elaborar um quadro analítico (Quadro 3), no qual o modelo Touchpoints é comparado com o Cuidado Centrado na Família a fim de identificar semelhanças e aproximações, bem como diferenças e contradições entre os dois modelos nas dimensões: organização do processo do cuidado, aplicação e objetivos.

QUADRO 3 - QUADRO ANALÍTICO, COMPARANDO O MODELO *TOUCHPOINTS* E O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.

Dimensões de análise	CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA	Modelo <i>TOUCHPOINTS</i>
Conteúdos e elementos centrais	O CCF está organizado em premissas, sendo elas: “Os pais conhecem bem suas crianças e querem o melhor para elas”; “As famílias são diferentes e únicas”; “O Comportamento ideal da criança ocorre dentro de um contexto familiar e comunitário de apoio: a criança é afetada pelo estresse e enfrentamento de outros membros da família” (ROSENBAUM et al., 1998).	Entende-se por conteúdos e elementos centrais as ferramentas do modelo <i>Touchpoints</i> que são: princípios norteadores (Quadro 4), pressupostos parentais (Quadro 5) e profissionais (Quadro 6), e a mudança de paradigma (Quadro 7). ²
Profissionais	Todos os profissionais de saúde estão passíveis de serem inseridos em uma assistência que preconize as bases do CCF como modelo de organização do cuidado, porém os estudos encontrados trazem resultados seguidos de intervenções realizadas pelo profissional da enfermagem (ROSENBAUM et al., 1998).	Todos os profissionais de saúde estão passíveis de serem inseridos em uma assistência que preconize as bases do modelo <i>Touchpoints</i> como modelo de organização do cuidado, porém os estudos encontrados trazem resultados seguidos de intervenções realizadas pelo profissional da enfermagem.
Contexto de aplicação	Os estudos mostram uma maior aplicação do modelo em	Os estudos mostraram uma maior possibilidade de aplicação do

² Para melhor compreensão dos conteúdos que compõem as ferramentas do modelo, apresenta-se quatro quadros Anexo) com base nos estudos de Brazelton e Sparrow (2003).

Dimensões de análise	CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA	Modelo <i>TOUCHPOINTS</i>
	Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), enfermarias pediátricas hospitalares, centros de reabilitação e unidades básicas de saúde, tendo estes últimos dois cenários, estudos brasileiros ainda incipientes. Existem poucos ensaios clínicos randomizados, o que limita as evidências sobre o CCF, porém os poucos dados já demonstram benefícios da aplicação do CCF no contexto hospitalar, durante atendimento clínico infantil. (SHIELDS et al., 2012; SHIELDS, 2015)	modelo em visitas domiciliares, em consultas de enfermagem, na atenção primária, e em creches (STADLER, 2013; SOARES, PEREIRA, BARBIERI-FIGUEIREDO, 2016; CASTELÃO, PINTO, FUERTES, 2015 PERCY, MCINTYRE, 2001).
Efeitos da aplicação (Expectativa familiar)	Promoção da autonomia; Redução dos níveis de estresse e sintomas depressivos. Garantir o protagonismo da família na organização de seu envolvimento nos cuidados, assim como nas tomadas de decisão que melhor atenderão as necessidades de sua criança (ROSENBAUM et al., 1998).	Fortalecimento da relação entre profissionais-família; Fortalecimento da competência parental; Aquisição de conhecimentos acerca do desenvolvimento e comportamento infantil; (Aumento do sentimento de autoeficácia (STADLER, 2013; SPARROW, 2013; SOARES, PEREIRA,

Dimensões de análise	CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA	Modelo <i>TOUCHPOINTS</i>
		BARBIERI-FIGUEIREDO, 2016; PERCY, MCINTYRE, 2001).
Efeitos da aplicação (Comportamento da equipe de saúde)	Auxiliar na identificação e no desenvolvimento de competências e habilidades familiares para o cuidado; Sensibilidade às demandas psicossociais do núcleo familiar; Execução e planejamento de um trabalho em equipe com a família; Compartilhamento de informações sobre a criança às famílias; Garantir o respeito aos valores culturais e prioridades das famílias; Fornecer uma assistência individualizada (ROSENBAUM et al., 1998).	Aumento do sentimento de “satisfação” e “empoderamento” em suas consultas pela perceptível melhora da qualidade de seu cuidado (SOARES, PEREIRA, BARBIERI-FIGUEIREDO, 2016).

5. DISCUSSÃO

Diante do exposto acerca do contexto de aplicação do modelo *Touchpoints*, pode-se dizer que este tem como principal cenário de aplicação, conforme os textos selecionados para análise qualitativa, a atenção primária à saúde. Porém, sua oferta também pode ser analisada em níveis secundários e terciários, em menores proporções. Ao investigar os principais artigos produzidos sobre as práticas centradas no CCF, têm-se o nível hospitalar como principal contexto de aplicação, porém, assim como o modelo *Touchpoints*, o Cuidado Centrado na Família não está restrito apenas ao nível de cuidados especializados. O que pensar sobre esta divisão clara de contextos de aplicação, sendo que ambos são referidos como passíveis de uso em contextos diversos?

Além disso, outra dimensão de análise possível para este trabalho é a comparação entre a organização do processo de cuidado dos dois modelos. Enquanto o CCF tange o planejamento técnico-organizacional do cuidado de forma colaborativa com os pais, respeitando suas perspectivas e escolhas (SHIELDS, PRATT, HUNTER, 2006), o modelo *Touchpoints* também trabalha de forma colaborativa com os pais, porém por meio da oferta de cuidados antecipatórios. O que estas organizações da forma do cuidar dizem sobre os contextos específicos de aplicação as quais se encontram?

Para melhor compreensão das dimensões de análise supracitadas, faz-se interessante pensar nas práticas de educação em saúde na atenção pública no contexto da atenção primária, secundária e terciária.

De acordo com um estudo realizado por Góes e La Cava (2009), a concepção do ensinar em saúde no contexto da criança hospitalizada ainda está pautada na transmissão do conhecimento, seguindo uma lógica biologicista do processo de saúde e doença, com práticas educativas verticalizadas e hegemônicas. Práticas em saúde verticalizadas pouco permitem enxergar a família como objeto de cuidado. O modelo assistencial hegemônico tem seu foco na doença e a intervenção é prescritiva, de cunho curativo (ALVES, 2004).

Este panorama da organização do cuidado na atenção terciária à saúde brasileira vai de encontro ao modelo *Touchpoints*, que se fundamenta em uma teoria relacional, ou seja, as necessidades dos usuários são inseridas no discurso e na construção do cuidado; e na democratização do conhecimento científico (ALVES, 2004). A difusão do conhecimento científico, no contexto desse trabalho, seria a compreensão dos pais sobre o desenvolvimento infantil e seu processo singular, gerido de maneira própria pela criança, que se organiza e desorganiza de acordo com suas experiências de vida. Indo além da compreensão, o indicador de sucesso e domínio do conhecimento seria mensurado por meio do desenvolvimento do conceito da "competência parental", que se faz fundamental nesse momento, através do oferecimento de relacionamentos sustentadores e experiências adequadas ao desenvolvimento (MALDONADO, 1981).

Essas competências e experiências apenas são possíveis quando profissionais da saúde passam a enxergar os pais como principais referências das crianças (SHIELDS, PRATT, HUNTER, 2006), e que o processo da construção da parentalidade se dá por tentativa e erro (BRAZELTON; SPARROW, 2003). O suporte na construção do sentimento da "auto eficácia parental" envolve o enfermeiro na perspectiva de educador, que atua de forma progressista e emancipatória, operando na potencialização de suas intervenções construtivas e colaborativas,

permitindo que famílias se fortaleçam e sejam protagonistas no processo do cuidar, transcendendo os padrões básicos e prescritivos do cuidado (FERRAZ, 2005).

Todavia, estudos relacionados à educação em saúde estão mais concentrados na saúde coletiva, área de conhecimento multidisciplinar da atenção primária. De acordo com De Andrade (2012), essa temática na atenção hospitalar ainda é escassa, e muito se justifica pelo foco do trabalho estar voltado para a realização de procedimentos técnicos e para o gerenciamento. Com isso, cuidados emancipatórios em saúde acabam permanecendo em segundo plano.

Porém, quando instituições hospitalares promovem ambientes de cuidado onde profissionais da saúde atuam de forma conjunta com os familiares, de acordo com Ribeiro (2004), esta organização do cuidado:

“promove e mantém a inter-relação criança/família, neutraliza os efeitos decorrentes da separação de seus membros, colabora na assistência integral à criança, melhora sua adaptação ao hospital, facilita a aceitação do tratamento, promove positiva resposta terapêutica e ameniza os fatores estressantes da doença, dos procedimentos e da hospitalização”

Neste excerto, pode-se observar aproximações teóricas com as premissas do Cuidado Centrado na Família, que teve início na década de 60 com o propósito de “definir a qualidade do cuidado prestado no hospital, segundo a visão dos pacientes e suas famílias, e de discutir a autonomia do paciente frente às suas necessidades de saúde.” (PINTO, 2010). Tendo suas bases fundadas no contexto hospitalar, pode-se entender porque sua reprodução ainda permanece muito concentrada apenas neste nível de atenção à saúde.

Além disso, O CCF se define enquanto “um processo de planejamento, prestação e avaliação baseados em parceria, com benefícios mútuos entre os pacientes, famílias e provedores” (PINTO, 2010). Esta passagem do artigo nos exemplifica a construção de um cuidado que tange o campo técnico-organizacional, indo ao encontro do conceito de trabalho exercido pelos enfermeiros no âmbito hospitalar, que se concentra no campo gerencial, seja ela de pessoas, insumos ou cuidados.

Já o modelo *Touchpoints* trabalha de forma colaborativa com os pais, mas por meio da oferta de cuidados antecipatórios. Os cuidados antecipatórios nada mais são do que ações preventivas aos momentos de desorganização da criança. Faz-se importante que os profissionais de saúde operem no manejo dessa desorganização, valorizando-a e enxergando o ensejo de vulnerabilidade como uma oportunidade de aprendizado e entendimento da criança

(BRAZELTON; SPARROW, 2003). Entende-se que as crianças não são “folhas em branco”, apresentando suas características e reações peculiares aos desafios cotidianos, próprias do desenvolvimento infantil, e são essas maneiras próprias de solicitar atendimento às suas necessidades que desorganizam o núcleo familiar, tornando o exercício da parentalidade desafiador (MLADONADO, 1981).

O desafio se dá pelo fato das necessidades das crianças não serem formatadas rigidamente, isso porque os sistemas de feedback interno e externo de cada criança varia de acordo com as influências genéticas, biológicas, sociais e ambientais as quais está inserida (BRONFENBRENNER, 2006). Para tanto, o modelo *Touchpoints* prevê como princípio norteador para a promoção de cuidados “o respeito à cultura de cada família”, e o pressuposto parental que “o processo de parentalidade está enraizado em práticas culturais, crenças e experiências individuais” (BRAZELTON; SPARROW, 2003). Estas ferramentas vão ao encontro das necessidades essenciais das crianças, e do olhar para o desenvolvimento como não linear e multidimensional. O olhar para multidimensionalidade é tido como principal caráter da educação em saúde na atenção primária (CARNEIRO, 2012).

Todo este panorama das necessidades em saúde das crianças, e do olhar multicausal para a promoção de cuidados antecipatórios, aproxima o modelo *Touchpoints* da perspectiva assistencial da saúde coletiva, que traz a compreensão da relação entre seres humanos e suas formas de reprodução como sujeitos em sociedade, compondo a estrutura da Estratégia Saúde da Família, uma das modalidades de trabalho das unidades básicas de saúde.

Diante do exposto, pode-se analisar que as diversas formas de cuidar são seccionadas e distribuídas de forma fragmentada entre os contextos da atenção primária, secundária e terciária. Isso acontece, porque as demandas dos serviços fazem com que existam a eleição das vertentes do cuidado que mais proporcionem o alcance dos objetivos eleitos como primordiais em seu campo de trabalho: no hospital, a cura, na atenção básica, a prevenção. Com isso, faz-se possível entender a divisão e a aproximação do modelo *Touchpoints* e do CCF em níveis de atenção distintos.

No entanto, cabe dizer que o desenvolvimento de ambos os modelos em contextos específicos não faz deles diferentes entre si, porém complementares. Tendo o processo de trabalho da enfermagem definido em duas dimensões, a assistencial e a gerencial, e sendo estas indissociáveis (KURCGANT, 2005), e tendo o modelo *Touchpoints* suas bases na dimensão assistencial, e o CCF, no gerencial, podemos concluir que ao comparar o modelo *Touchpoints* com o Cuidado Centrado na Família, objetivo do presente estudo, pode-se afirmar que suas potencialidades, aproximações e diferenciações fazem de ambos

complementares e essenciais para o desenvolvimento de um cuidado competente e o exercício da uma enfermagem integralizada em suas dimensões.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A restrita quantidade de estudos em formato de artigo encontrados nas bases de dados limitou, porém não inviabilizou, a caracterização do modelo *Touchpoints* quanto a: conteúdos e elementos centrais; profissionais e contextos de aplicação; efeitos; e limites para sua utilização.

Uma limitação não referente ao estudo, mas sim à aplicação do modelo *Touchpoints*, é a necessidade de formação, por meio de cursos de capacitação pagos e ofertados por três instituições internacionais, localizadas em Portugal, Roma e Estados Unidos. A diferença linguística, assim como o câmbio, são fatores que limitam o acesso à formação, porém não ao conhecimento sobre o modelo, que pode ser acessado nos sites das respectivas instituições, assim como nas bases de dados científicas.

7. CONCLUSÃO

Em resumo, o modelo *Touchpoints* oferece em seus princípios ferramentas que auxiliam pais e profissionais, de forma colaborativa, a construir este entendimento sobre a criança e suas formas de organização. Por meio dos cuidados antecipatórios e do mapeamento sobre o desenvolvimento infantil socioemocional, faz-se possível ressignificar esses comportamentos, com orientações preventivas acerca da criança e suas formas de amadurecimento e assimilação de experiências.

Já o CCF também, promove a premissa de um cuidado colaborativo entre profissionais e família, porém suas perspectivas estão fortemente voltadas ao campo técnico-organizacional do cuidado, com o intuito de não apenas melhorar a autoeficácia do paciente/família, mas também da melhor alocação dos custos e recursos do cuidado, sejam eles humanos ou não. Com isso, pode-se concluir que o modelo *Touchpoints* e o CCF são complementares entre si; o primeiro com bases na multicausalidade, fortemente fundamentado em uma teoria relacional, e o segundo na organização do oferecimento do cuidado.

Por fim, pretende-se que este estudo estimule profissionais da saúde, em especial da enfermagem, a incorporarem as premissas do modelo *Touchpoints* em seu processo de

cuidado, corroborando para uma prática humanizada e colaborativa na atenção à criança e à família.

8. REFERÊNCIAS

ALVES VS. **Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da família** [dissertation]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/ UFB; 2004.

BRAZELTON, T. B; GREENSPAN, S. I. **As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver**. Artmed, 2002.

BRAZELTON Touchpoints Center. (2016). **Touchpoints Reference Guide and Participant Training Materials**. Boston: Brazelton Touchpoints Center.

BRAZELTON, T. B. **Momentos Decisivos do Desenvolvimento Infantil** [tradução Jefferson Luiz Camargo]. São Paulo, Martins Fontes, 1994.

BRAZELTON, T. Berry. **The Touchpoints TM Model of Development** T. Berry Brazelton, MD, and Joshua Sparrow, MD. 2003. Brazelton Touchpoints Center. Disponível em: <<https://www.brazeltontouchpoints.org/>>. Acesso em: 20 de Maio de 2022.

BRAZELTON, T. Berry. **Caring for the pediatrician**. Pediatric Annals, v. 36, n. 4, p. 236-237, 2007.

BRAZELTON, T. Berry. **Working with families: Opportunities for early intervention**. Pediatric Clinics of North America, v. 42, n. 1, p. 1-9, 1995.

BRAZELTON, T. Berry. **How to help parents of young children: the touchpoints model**. Journal of Perinatology, v. 19, n. 1, p. S6-S7, 1999.

BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua. **The TouchpointsTM model of development**. Boston: Harvard Medical School–Child Development Unit. Online: http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf, 2003.

BRONFENBRENNER U. Morris PA. **The bioecological model of human development**. In: Damons W, Lerner RM, editors. Handbook of child psychology. 6.ed. New York: Wiley; 2006. p. 793-828.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite et al. **Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 31, n. 2, p. 115-120, 2012.

CASTELÃO, Ana Sofia; PINTO, Débora; FUERTES, Marina. **O impacto do Modelo Touchpoints: das representações do educador de infância à construção de uma parentalidade confiante**. Atas do II Encontro de Mestrados em Educação e Ensino da Escola Superior de Educação de Lisboa, p. 76-94, 2015.

CENTER, Brazelton Touchpoints. **A Review of the Early Care and Education Literature: Evidence Base for Touchpoints**. Young children, v. 29, n. 30, p. 31, 2007.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. **Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 10, n. 4, p. 861-865, 2011.

Cuidado Centrado a Família (CCF). PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/cuidado-centrado-na-familia-ccf/>>, Acesso em: 20 de Agosto de 2022.

DE ANDRADE, Luciana Dantas Farias; DE MORAIS, Silvia Raquel Santos; DE ANDRADE, Ângela Nobre. **Profissionais da saúde em campo: revisão integrativa das práticas de educação em saúde na atenção pública primária, secundária e terciária**. Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco, v. 2, n. 3, 2012.

FERRAZ F, SILVA L W S, SILVA L A A, REIBNITZ K S, BACKES V M S. **Cuidar-educando em enfermagem:passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde**. Rev Bras Enferm. 2005;58(5):607.

FOX S., LEVITT P., NELSON C.A.. **How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture**. Child Development 2010; 81(1):28-40. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>

Touchpoints. FUNDAÇÃO GOMES PEDRO, 2022. Disponível em: <<https://www.fundacaobgp.com/pt/touchpoints>>, Acesso em: 23/10/2022.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. **Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA**. Epidemiologia e serviços de saúde, v. 24, p. 335-342, 2015.

GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; LA CAVA, Ângela Maria. **A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada**. Rev. Eletr. Enf., v. 11, n. 4, p. 932 – 941, 2009.

JOHNSON, Beverley H.; ABRAHAM, Marie R.; SHELTON, Terri L. **Patient-and family-centered care: partnerships for quality and safety**. North Carolina Medical Journal, v. 70, n. 2, p. 125-130, 2009.

JOHNSON, Beverley H.; ABRAHAM, Marie R. **Partnering with patients, residents, and families: A resource for leaders of hospitals, ambulatory care settings, and long-term care communities**. Bethesda, MD: Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2012.

KURCGANT, Paulina et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 2005.

MALDONADO, Maria Tereza. Comunicação entre pais e filhos: linguagem do sentir. In: **Comunicação entre pais e filhos: linguagem do sentir**. 1981. p. 165-165.

National Scientific Council on the Developing Child. (2020). **Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined**: Working Paper No. 15. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu

PAGE MJ, MCKENZIE JE, BOSSUYT PM, BOUTRON I, HOFFMANN TC, MULROW CD, et al. **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews**. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

PERCY, Melanie S.; MCINTYRE, Lynne. **Using touchpoints to promote parental self-competence in low-income, minority, pregnant, and parenting teen mothers.** Journal of Pediatric Nursing, v. 16, n. 3, p. 180-186, 2001.

PINTO, Júlia Peres et al. **Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, p. 132-135, 2010.

RIBEIRO NRR. A família enfrentando a doença grave da criança. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem; 2004

ROSEBAUM P, KING S, LAW M, KING G, EVANS J. **Family-Centred Service. Physical & Occupational Therapy In Pediatrics.** 1998; 18:1, 1-20.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta paul. enferm., São Paulo, v.20, n.2, p.v-vi, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SHIELDS, L. **What is family-centered care?** European Journal for Person centered Healthcare. 2015, 3: 139-144.

SHIELDS, Linda et al. **Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 years.** Cochrane database of systematic reviews, n. 10, 2012.

SHIELDS, Linda; PRATT, Jan; HUNTER, Judith. **Family centered care: a review of qualitative studies.** Journal of clinical nursing, v. 15, n. 10, p. 1317-1323, 2006.

SINGER, Jayne; HORNSTEIN, John. The touchpoints approach for early childhood care and education providers. **Nurturing children and families: Building on the legacy of T. Berry Brazelton**, p. 288-299, 2010.

SINGER, Jayne. **The Brazelton Touchpoints™ Approach to Infants and Toddlers in Care: Foundation for a Lifetime of Learning and Loving.** Dimensions of Early Childhood, v. 35, n. 3, p. 4, 2007.

SOARES, Hélia; PEREIRA, Sandra Martins; BARBIERI-FIGUEIREDO, Maria Céu. **“Touchpoints”: parents and nurses’ perceptions and satisfaction.** Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional, v. 6, n. 2, p. 5-24, 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SPARROW, Joshua. **New Approaches to Optimizing Child Development And Breaking the Cycle of Poverty.** Brazelton Touchpoints Center, 2008.

SPARROW, Joshua. **Newborn Behavior, Parent–Infant Interaction, and Developmental Change Processes: Research Roots of Developmental, Relational, and Systems–Theory–Based Practice.** Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, v. 26, n. 3, p. 180-185, 2013.

STADTLER A.C.; BRANDT, K. A.; NOVAK, J. C.; BEAUCHESNE M. A. **Reflections on T. Berry Brazelton**, MD's Influence on Pediatric Nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2013; 26 (2013) 234–238.

STADTLER, Ann C.; TRONICK, Edward Z.; BRAZELTON, T. Berry. **The touchpoints pediatric asthma program**. *Pediatric Nursing*, v. 27, n. 5, p. 459, 2001.

TYLER, Diane O.; HORNER, Sharon D. **Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care**. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, v. 20, n. 4, p. 194-203, 2008.

VILLAGE, Ed Elk Grove. **A Developmental Approach for The Prevention of Common Behavioral Problems**. *Interactions*, v. 6, n. 7, p. 34-38, 2006.

ANEXO

QUADRO 4 - PRINCÍPIOS NORTEADORES DO MODELO *TOUCHPOINTS*

1. Valorize e compreenda a relação entre si e os pais.
2. Use o comportamento da criança como sua linguagem.
3. Reconheça o que traz para interação.
4. Reconheça e respeite a cultura de cada família.
5. Esteja disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional.
6. Valorize a paixão onde quer que a encontre.
7. Focalize na relação pais/criança.
8. Procure oportunidades para apoiar a maestria dos pais.
9. Valorize a desorganização e a vulnerabilidade como uma oportunidade.

Brazelton e Sparrow (2003)

QUADRO 5 - PRESSUPOSTOS PARENTAIS DO MODELO *TOUCHPOINTS*

• Os pais são os peritos dos seus filhos.
• Todos os pais têm forças.
• Todos os pais querem fazer bem com seus filhos.
• Todos os pais têm algo fundamental para partilharem cada etapa do desenvolvimento.
• Todos os pais têm sentimentos ambivalentes.
• A parentalidade está enraizada em práticas culturais, crenças e experiências individuais.
• A parentalidade é um processo construído por tentativa e erro.

Brazelton e Sparrow (2003)

QUADRO 6 - PRESSUPOSTOS PROFISSIONAIS DO MODELO *TOUCHPOINTS*

• Cada profissional é o especialista no contexto da sua ação.
• Todos os profissionais querem ser competentes.
• Os profissionais precisam do mesmo tipo de suporte e respeito que lhes pedimos para dar aos pais.
• Os profissionais precisam refletir sobre suas contribuições para a interação pais/cuidadores.
• Todos os profissionais têm pontos fortes.
• Todos os profissionais têm sentimentos ambivalentes.
• Todos os profissionais trazem as suas perspectivas culturais.

Brazelton e Sparrow (2003)

QUADRO 7 - MUDANÇA DE PARADIGMA

De...	Para...
Modelo deficitário	Modelo positivo
Desenvolvimento linear	Desenvolvimento multidimensional e descontínuo
Atitude prescritiva	Atitude colaborativa
Envolvimento objetivo	Envolvimento empático
Fronteiras disciplinares rígidas	Fronteiras disciplinares flexíveis

Brazelton e Sparrow (2003)