



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# Avaliação do Stress Parental numa Unidade de Neonatologia

Mara Inês Loureiro de Almeida

julho 2025





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Avaliação do Stress Parental numa Unidade de Neonatologia**

Mara Inês Loureiro de Almeida

## **Dissertação**

Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Isabel Bica

julho 2025



## **Pensamento**

“Ter um recém-nascido-nascido na neonatologia é viver um amor  
que desafia limites, uma jornada de resiliência  
onde cada dia traz esperança e superação”

Desmond Kelly



## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais, quero expressar a minha gratidão a todos os recém-nascidos de quem já tive o privilégio de cuidar. São eles que, todos os dias, me fazem gostar cada vez mais do que faço.

Um agradecimento especial aos pais dos recém-nascidos internados, que colaboraram neste estudo, muitas vezes sobrecarregados com tudo o que estavam a viver. A vossa disponibilidade e confiança foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À Professora Isabel Bica, agradeço profundamente a orientação, disponibilidade e apoio constante que tornaram possível a concretização deste trabalho.

Quero também agradecer à minha família pelo incentivo, pela paciência e por toda a ajuda ao longo deste percurso. Um carinho especial à minha irmã, que insiste em dar-me conselhos que, teimosamente, nem sempre sigo.

Ao Professor João, agradeço o olhar crítico e as reflexões metodológicas que, em momentos decisivos, ajudaram a consolidar este trabalho.

Por fim, um agradecimento à Enf<sup>a</sup> Paula, Enfermeira Gestora e a toda a equipa que colaborou na elaboração deste trabalho.

A todos, o meu sincero obrigada!



## Resumo

**Introdução:** O stress parental nas unidades de neonatologia (UN) é um fenómeno significativo que afeta os pais cujos recém-nascidos são internados devido a prematuridade ou outras condições clínicas graves. Compreender esta realidade é essencial para atenuar os fatores que o desencadeiam, promovendo não só o bem-estar dos cuidadores, mas também a qualidade dos cuidados neonatais e os resultados em saúde

**Objetivos:** caracterizar o Stress Parental na UN, através do uso da escala NUPS – PT/ EASPUN-VM; Identificar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e o stress parental na UN; analisar a relação entre as variáveis obstétricas e do Rn e o stress parental na UN; determinar o nível de stress parental apresentado pelos pais.

**Métodos:** Estudo quantitativo, transversal e descritivo, com amostra não probabilística por conveniência de 32 pais/mães de RN internados numa UN de uma ULS da zona centro de Portugal. Utilizou-se a escala EASPUN-VM/NUPS-PT (Sousa e Curado, 2021), composta por 40 itens e elevada consistência interna.

**Resultados:** os resultados indicaram níveis globais de stress predominantemente baixos, embora com variabilidade individual relevante. Metade da amostra revelou tendência para desenvolver stress associado ao internamento, sobretudo nas dimensões “Ambiente Físico e Sons” e “Aparência e Comportamento do Bebê e Tratamentos”. A percepção da dor do bebê e o sentimento de impotência destacaram-se como fatores significativamente impactantes. Diferenças significativas surgiram em função do sexo, escolaridade e estado civil. Prematuridade e internamentos mais curtos associaram-se a níveis elevados de stress em algumas dimensões, enquanto variáveis obstétricas evidenciaram tendências sem significância

**Conclusão:** O stress parental em neonatologia é influenciado por múltiplos fatores. Este estudo reforça a importância de intervenções centradas na família para apoiar emocionalmente os cuidadores.

**Palavras-chave:** stress parental, recém-nascido, parentalidade, enfermagem, neonatologia



## Abstract

**Introduction:** parental stress in neonatal units (NUs) is a significant phenomenon affecting parents whose newborns are admitted due to prematurity or other serious clinical conditions. Understanding this reality is essential to mitigate the factors that trigger it, promoting not only the well-being of caregivers but also the quality of neonatal care and health outcomes.

**Objective:** To characterize Parental Stress in the NU using the NUPS-PT/EASPUN-VM scale; to identify the relationship between sociodemographic variables and parental stress in the NU; to analyze the relationship between obstetric and newborn variables and parental stress in the NU; and to determine the level of parental stress presented by the parents.

**Method:** A quantitative, cross-sectional, descriptive study with a non-probabilistic convenience sample of 32 parents of newborns admitted to an NU in a Local Health Unit (ULS) in the central region of Portugal. The EASPUN-VM/NUPS-PT scale (Sousa and Curado, 2021), composed of 40 items and with high internal consistency, was used

**Results:** The results indicated predominantly low overall levels of stress, although with relevant individual variability. Half of the sample showed a tendency to develop stress associated with hospitalization, especially in the dimensions "Sights and Sounds" and "Child's appearance and behavior." The perception of the baby's pain and feelings of helplessness stood out as significantly impactful factors. Significant differences were found based on sex, education level, and marital status. Prematurity and shorter hospital stays were associated with higher stress levels in some dimensions, while obstetric variables showed trends without statistical significance.

**Conclusion: Conclusion:** parental stress in neonatology is influenced by multiple factors. This study reinforces the importance of family-centered interventions to provide emotional support to caregivers.

**Keywords:** parental stress, newborn, parenthood, nursing, neonatology



## Sumário

Lista de Tabelas .....	I
Lista de Figuras .....	III
Lista de Abreviaturas/Acrónimos .....	V
<b>Introdução</b> .....	7
Parte I – Enquadramento Teórico .....	11
<b>1. Parentalidade em Contexto Neonatal: Desafios e Transições</b> .....	13
<b>2. Stress Parental</b> .....	17
2.1. Experiência Parental e Stress Associado ao Internamento em Neonatologia .....	18
2.2. Fatores que influenciam o Stress Parental numa Unidade de Neonatologia.....	22
2.3. Instrumentos de Avaliação do Stress Parental em Unidades de Neonatologia .....	25
<b>2.3.1. Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)</b> .....	26
<b>2.3.2. Neonatal Unit Parental Stress Scale - NUPS</b> .....	27
2.4. Intervenções para reduzir o Stress Parental no Internamento Neonatal .....	29
<b>3. Metodologia</b> .....	35
3.1. Métodos .....	35
<b>3.1.1. Tipo de estudo</b> .....	35
<b>3.1.2. Participantes</b> .....	37
<b>3.1.3. Instrumento de Colheita de Dados</b> .....	40
3.2. Aspetos Formais e Éticos .....	48
3.3. Procedimentos Estatísticos .....	49
<b>4. Resultados</b> .....	51
4.1. Análise Descritiva .....	51
<b>4.1.1. Caraterização da amostra relativa aos dados obstétricos e do RN</b> .....	51
<b>4.1.2. Stress Parental</b> .....	52
4.2. Análise Inferencial .....	54
<b>4.2.1. Qual o nível de stress apresentado pelos pais de RN internados na Unidade de Neonatologia</b> .....	54
<b>4.2.2. Relação entre as variáveis sócio demográficas e os níveis de stress parental dos pais de RN internados na Unidade de Neonatologia</b> .....	55
<b>4.2.3. Relação entre as variáveis relacionadas com a gestação, parto e RN e os níveis de stress parental dos pais de RN internados na UN</b> .....	57
<b>5. Discussão</b> .....	61
<b>Conclusão</b> .....	67
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	71

<b>Anexos</b> .....	87
<b>Anexo I</b> - Autorização da Autora da Validação da escala NUPS-PT/EASPUN-VM .....	89
<b>Anexo II</b> – Autorização da Comissão de ética da ULS da zona Centro escolhida para realização do estudo .....	91
<b>Anexo III</b> – Questionário .....	93
<b>Anexo IV</b> –Consentimento Informado .....	99

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade .....	38
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo dos participantes .....	40
Tabela 3 - Operacionalização das variáveis .....	42
Tabela 4 – Consistência interna dos itens.....	45
Tabela 5 - Consistência interna por subescala.....	47
Tabela 6 - Caracterização da amostra relacionada com a gravidez, Parto atual e características do RN em função do sexo .....	52
Tabela 7 - Estatísticas relativas ao Stress Parental (EASPUN-VM).....	52
Tabela 8 - Matriz de Correlações de Spearman entre Subescalas da EASPUN-VM .....	53
Tabela 9 - Classificação dos Níveis de Stress por sexo .....	54
Tabela 10 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a EASPUN-VM.....	56
Tabela 11 - Relação entre as variáveis relativas à gravidez e parto atual e a escala EASPUN-VM.....	58
Tabela 12 - Relação entre as variáveis relativas ao RN e a EASPUN-VM.....	59



## Lista de Figuras

Figura 1 - representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica .....	36
--	----



## **Lista de Abreviaturas/Acrónimos**

**ACBT** – Aparência e comportamento do bebé e tratamentos

**ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde

**AFS** – Ambiente Físico e Sons

**CCF** – Cuidados Centrados na Família

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**EASPUN-VM** – Escala de avaliação do stress Parental na Unidade Neonatal – Versão modificada

**EEESIP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**ICN** – International Council of Nurses

**NUPS** – Neonatal Unit Parental Stress

**NUPS-PT** - Neonatal Unit Parental Stress versão portuguesa

**OE** – Ordem dos enfermeiros

**OM** – Ordenação Média

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PSS: NICU** – Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit

**RBPP** – Relacionamento com o Bebé e Papel Parental

**RFS** – Relacionamento Familiar e Social

**RN** – Recém-nascido

**RNBP** – Recém-nascido de baixo peso

**RNPT** – Recém-nascido pré-termo

**UCIN** – Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

**UMW** – Teste U de Mann-Whitney

**UN** – Unidade de Neonatologia



## Introdução

O internamento de um recém-nascido (RN) numa Unidade de Neonatologia (UN) é, para muitos pais, um acontecimento inesperado, frequentemente vivido com elevada carga emocional. Este contexto implica uma rutura súbita com as expectativas de uma parentalidade tranquila e natural, sendo comum o aparecimento de sentimentos de medo, impotência, ansiedade e incerteza (Chura, 2023). A hospitalização neonatal, muitas vezes motivada por prematuridade ou por outras condições clínicas graves, coloca os pais perante um ambiente muito exigente e muito técnico. Nesse contexto, o papel parental vê-se comprometido ou mesmo temporariamente suspenso. Os pais deixam de ocupar o centro da experiência de cuidado ao seu filho e, muitas vezes ficam reduzidos a meros observadores da realidade clínica, o que contribui para uma sensação de alienação em relação ao exercício da parentalidade.

Neste cenário, a separação precoce entre pais e filho, a impossibilidade de contacto físico constante, a limitação no envolvimento direto nos cuidados e a perceção de perda de controlo sobre o seu quotidiano tornam-se elementos centrais que dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo. A presença de aparelhos médicos, a linguagem técnica dos profissionais e a instabilidade clínica do RN podem agravar a sensação de impotência e reforçar o sofrimento emocional dos cuidadores. Como aludem Rocha (2012) e Padilha (2014), o stress parental é um processo multidimensional, marcado por sentimentos de sobrecarga, incerteza e incapacidade, que afetam não só o bem-estar dos pais como também o equilíbrio da dinâmica familiar e o processo de vinculação. Quando os pais não conseguem assumir plenamente o seu papel devido às limitações impostas pelo ambiente clínico, o próprio desenvolvimento da identidade parental pode ser colocado em causa.

A literatura tem demonstrado que o stress parental é uma experiência transversal a muitos contextos de cuidado, mas a sua expressão em contexto neonatal é particularmente intensa e complexa. A especificidade do ambiente das UN, associado à vulnerabilidade do recém-nascido e à incerteza do prognóstico, potencia um estado de hipervigilância e ansiedade que acompanha os pais ao longo do internamento. Compreender o estado clínico do RN, lidar com a imprevisibilidade da evolução clínica e tentar manter-se emocionalmente disponíveis e presentes são apenas alguns dos múltiplos desafios que os cuidadores enfrentam. Esta realidade exige um grande esforço de adaptação, sobretudo quando conjugada com fatores pessoais, familiares e sociais que já por si podem representar fontes de tensão (Konukbay et al. 2024).

Embora o stress parental seja vivido de forma subjetiva, a sua intensidade e expressão são influenciadas por um conjunto de fatores que têm sido identificados na investigação

científica. Estudos recentes sugerem que variáveis como o sexo, a idade, a escolaridade, a composição familiar ou a experiência prévia com hospitalização neonatal podem modular a forma como o stress é vivenciado. Por exemplo, mães têm sido consistentemente apontadas como mais vulneráveis ao stress parental, o que pode estar relacionado com fatores emocionais, sociais e culturais que atribuem à mãe uma responsabilidade mais direta no cuidado e proteção do filho (Kegler et al., 2023; Brondani et al., 2024). Do mesmo modo, complicações durante a gravidez, partos de emergência, ou mesmo o planeamento da gravidez, são elementos que podem contribuir para uma vivência mais intensa do internamento. Também fatores neonatais como a idade gestacional ou o peso ao nascer têm sido associados a maiores níveis de ansiedade e preocupação, reforçando a importância de se considerar o contexto clínico do RN como parte do impacto emocional sentido pelos pais (Granat et al., 2017; Klein e McDonald, 2024).

Apesar de algumas divergências entre os estudos, existe um consenso generalizado quanto à necessidade de reconhecer a complexidade do fenómeno e de adaptar as respostas institucionais e profissionais à especificidade de cada família. Este reconhecimento é particularmente importante num contexto em que se pretende promover uma prática de cuidados mais humanizada e centrada na família, valorizando não só os aspetos clínicos, mas também emocionais e relacionais da hospitalização.

Neste contexto, destaca-se o papel fundamental da equipa de enfermagem, particularmente dos enfermeiros, no apoio à parentalidade em contexto de UN. Estes profissionais desempenham um papel central não apenas na prestação de cuidados ao recém-nascido, mas também no acompanhamento emocional da família. A sua proximidade diária com os pais coloca-os numa posição privilegiada para identificar sinais de sofrimento, perceber necessidades não verbalizadas e implementar estratégias que contribuam para a redução do stress parental. Intervenções como os cuidados centrados na família, o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, o incentivo ao contacto pele-a-pele e à prática do método canguru têm-se revelado eficazes na promoção da vinculação afetiva, na melhoria da experiência parental e na diminuição dos níveis de stress (Sousa, 2020; Uçakçı, 2023).

A implementação de estratégias eficazes para reduzir o stress parental para além de melhorar a qualidade dos cuidados neonatais, potencia também ganhos significativos em saúde e bem-estar para toda a família.

É neste enquadramento que surge a necessidade de investigar esta problemática esta problemática no âmbito do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), procurando-se um maior entendimento acerca do stress parental nesta Unidade de Neonatologia, bem como as mais-valias da utilização de um instrumento

recentemente validado para a população portuguesa. Esta ferramenta abre caminho à realização de estudos que possam fundamentar decisões clínicas e organizacionais, bem como sustentar programas de apoio à parentalidade baseados em evidência.

Nesse sentido surgiram algumas inquietações às quais se pretende dar resposta com o desenvolvimento deste estudo: Qual o nível de stress apresentado pelos pais dos RN internados na Unidade de Neonatologia?; Qual a relação existente entre as variáveis sócio demográficas dos pais e os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia?; Qual a relação entre as variáveis relativas à gestação, parto e ao RN (experiência anterior em neonatologia, gravidez planeada, complicações na gravidez, frequência do curso de preparação para o parto, tipo de parto, idade gestacional e peso do bebé, dias de internamento em neonatologia) e os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia? e face às questões formuladas foram definidos os seguintes objetivos: caracterizar o Stress Parental na Unidade de Neonatologia, através do uso da escala Neonatal Unit Parental Stress - versão portuguesa/ Escala de avaliação do stress Parental na Unidade Neonatal – Versão modificada (NUPS – PT/ EASPUN-VM); Identificar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e o stress parental na unidade de neonatologia; analisar a relação entre as variáveis obstétricas e do RN e o stress parental na unidade de neonatologia; determinar o nível de stress parental apresentado pelos pais de RN internados na Unidade de Neonatologia.

A estrutura deste estudo organiza-se em duas partes principais. Na primeira, que corresponde ao enquadramento teórico, serão abordados os conceitos fundamentais relativos ao stress parental, à parentalidade em contexto de internamento e às particularidades do ambiente das Unidades de Neonatologia. A segunda parte é dedicada ao estudo empírico, na qual se integra a metodologia utilizada, os resultados encontrados, a sua discussão à luz da literatura científica, e, finalmente, as conclusões e recomendações dirigidas à prática clínica e ao desenvolvimento de políticas de saúde mais sensíveis às necessidades dos pais e das famílias.

Assim, o capítulo seguinte apresenta o enquadramento teórico que sustenta este estudo.



## Parte I – Enquadramento Teórico



## 1. Parentalidade em Contexto Neonatal: Desafios e Transições

O nascimento de um filho constitui uma das transições mais marcantes no ciclo vital de qualquer indivíduo, representando uma reorganização profunda ao nível físico, emocional, psicológico e social. Este processo de adaptação, designado por transição para a parentalidade, envolve a redefinição de papéis, o ajustamento das dinâmicas familiares e a aquisição de novas competências, sendo considerado um dos momentos mais complexos da vida adulta (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Victória et al., 2024). Quando este processo ocorre num contexto de risco, como é o caso do internamento de um recém-nascido numa Unidade de Neonatologia, a transição torna-se particularmente desafiante, podendo desencadear sentimentos de vulnerabilidade, medo e frustração nos pais (Fernandes e Silva, 2015; Nunes, 2019; Silva, 2021).

O recém-nascido de alto risco é aquele que, devido a fatores pré, peri ou pós-natais, apresenta uma maior probabilidade de desenvolver complicações clínicas e, conseqüentemente, necessita de vigilância contínua e cuidados diferenciados em ambiente hospitalar (Silva, 2021). Autores como Hockenberry e Wilson (2018, p. 235) definem o RN de alto risco como “um recém-nascido, independentemente da idade gestacional ou do peso de nascimento, que tem chance média maior de morbidade ou mortalidade devido a condições ou circunstâncias associadas ao nascimento e ao ajuste à vida extrauterina”. Esta categoria inclui recém-nascidos prematuros, com malformações congénitas, patologias cardíacas, infeções neonatais, ou que necessitam de intervenções cirúrgicas, assim como os que apresentam convulsões ou distúrbios respiratórios persistentes (Academia Americana de Pediatria, 1996; Silva, 2021).

Os critérios de classificação do recém-nascido de alto risco podem basear-se no peso ao nascer, idade gestacional, e presença de problemas fisiopatológicos. Entre os principais distúrbios encontram-se a hipoglicémia, a hipocalcémia, a hiperbilirrubinémia, o sofrimento respiratório e a hipotermia — todos frequentemente associados à imaturidade de órgãos e sistemas do RN (Hockenberry e Wilson, 2018). Além disso, fatores maternos como a hipertensão, diabetes gestacional, infeções (por exemplo, *Streptococcus* do Grupo B), consumo de substâncias, idade materna avançada ou jovem, bem como fatores obstétricos como gravidez múltipla, rotura prematura de membranas, cesarianas ou restrição do crescimento intrauterino, também estão associados ao nascimento de um RN com necessidades especiais (Silva, 2021).

Paralelamente às necessidades do recém-nascido, os pais enfrentam uma transição abrupta e, muitas vezes, dolorosa, para o exercício da parentalidade. Segundo Meleis (2010), as transições são processos complexos, multifatoriais e contínuos, marcados por mudanças

significativas na identidade, saúde, relações interpessoais e contexto ambiental. A transição para a parentalidade, considerada uma transição desenvolvimental, exige dos indivíduos uma adaptação profunda, sendo influenciada por múltiplos fatores, tais como as condições de vida, o contexto psicossocial, a existência de apoio familiar, a qualidade da relação conjugal, a história pessoal, o planeamento da gravidez e o estado de saúde do bebé e da mãe (Nunes, 2019; Bellhouse et al., 2021b; Victória et al., 2024).

O nascimento de um RN de alto risco representa, portanto, uma transição que envolve não apenas os aspetos próprios da parentalidade, mas também os desafios associados ao internamento hospitalar. Esta nova realidade, mediada por um ambiente clínico altamente tecnificado, pela separação física e emocional entre pais e bebé, e pela dependência dos profissionais de saúde, pode dificultar a construção do vínculo afetivo e afetar negativamente o ajustamento emocional dos cuidadores (Skene et al., 2012; Figueira, 2022). Quando o contacto com o bebé é limitado pelas condições clínicas ou pelas barreiras físicas impostas pelo internamento, os pais podem experienciar sentimentos de impotência, medo, frustração e perda de controlo sobre o papel parental (Brazelton, 2013; Silva, 2021). Os mesmos autores acrescentam ainda que as reacções parentais face ao nascimento de um filho em risco podem incluir a negação, a projeção de culpa sobre terceiros — como os profissionais de saúde — e até o alheamento, onde os pais se distanciam emocionalmente do bebé como mecanismo de autoproteção. Estes sentimentos podem comprometer o envolvimento dos pais nos cuidados e afetar negativamente o processo de vinculação. No entanto, a evidência mostra que a proximidade, a participação ativa e o apoio emocional ao longo do internamento são cruciais para uma transição parental mais saudável (Wigert et al., 2010; Heydarpour et al., 2016; Nunes, 2019).

A parentalidade, tal como definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), refere-se ao conjunto de responsabilidades, comportamentos e expectativas relacionadas com o cuidado, o crescimento e o desenvolvimento da criança no seio familiar (ICN, 2019). Esta definição destaca a importância do papel ativo dos pais na integração do bebé na dinâmica familiar. Contudo, a hospitalização do RN dificulta o exercício pleno da parentalidade, sobretudo quando os pilares fundamentais do vínculo — proximidade, reciprocidade e responsabilidade — são perturbados (Skene et al., 2012). As incubadoras, os monitores e as restrições de acesso impedem o contacto contínuo, enquanto a fragilidade do RN compromete a reciprocidade dos estímulos. A responsabilidade, por sua vez, é partilhada ou delegada aos profissionais, o que pode gerar sentimentos ambivalentes nos pais.

Neste contexto, a intervenção da equipa de enfermagem assume um papel essencial. Através do incentivo à participação dos pais nos cuidados desde o início do internamento, da promoção do contacto pele a pele, da educação parental e do apoio emocional contínuo, os

enfermeiros contribuem significativamente para a construção de uma parentalidade segura e positiva. Preparar os pais para a alta, envolvendo-os no processo de forma progressiva, reforça a confiança no seu papel e diminui os níveis de ansiedade (Heydarpour et al., 2016; Nunes, 2019;). A atuação do enfermeiro deve, portanto, iniciar-se precocemente, num período antecipatório, promovendo uma transição estruturada, acompanhada e orientada para a autonomia parental.

Destaca-se ainda a abordagem dos Cuidados Centrados na Família (CCF), uma filosofia de cuidado que reconhece os pais como parceiros ativos e insubstituíveis no processo terapêutico do recém-nascido. Esta abordagem baseia-se em princípios como a partilha de informação, o respeito pelas preferências familiares, a participação dos pais nos cuidados e a colaboração entre profissionais de saúde e famílias (Gooding et al., 2011; O'Brien et al., 2018). Ao promover a continuidade do vínculo e a inclusão parental desde o início do internamento, os CCF contribuem para a redução do stress parental, o aumento da confiança no papel de cuidador e a melhoria dos desfechos clínicos do recém-nascido (O'Brien et al., 2018).

A implementação dos CCF exige uma reorganização dos modelos de cuidado, onde o enfermeiro especialista assume um papel central como facilitador da comunicação, da inclusão parental e da criação de um ambiente sensível às necessidades da família. Esta abordagem favorece uma parentalidade mais segura, empoderada e resiliente, mesmo em contextos de elevada complexidade clínica.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) desempenha um papel fundamental na redução do stress parental em contexto de internamento neonatal, atuando de forma próxima, contínua e adaptada às necessidades emocionais dos cuidadores. Estudos recentes demonstram que a perceção de apoio por parte dos profissionais de enfermagem está significativamente associada a menores níveis de stress nos pais (Konukbay et al, 2024). Neste sentido, o EEESIP promove uma comunicação empática e esclarecedora, facilitando a compreensão da situação clínica do recém-nascido e incentivando o envolvimento dos pais nos cuidados, o que contribui para uma maior perceção de controlo e segurança.

Para além disso, a implementação de estratégias de suporte individualizado, nomeadamente através de sessões estruturadas centradas nas preocupações dos cuidadores, tem mostrado efeitos positivos na forma como os pais interpretam os sinais do seu filho e desenvolvem competências parentais adequadas às exigências do ambiente neonatal. O estudo de Månsson et al. (2019) demonstrou que este tipo de intervenção, conduzido por enfermeiros treinados, contribui para reduzir a ansiedade associada ao cuidado e reforçar o sentimento de competência e ligação emocional com o bebé. Estas evidências

sublinham a importância do papel do EEESIP enquanto facilitador de uma parentalidade mais informada, confiante e emocionalmente ajustada, essencial num período marcado pela incerteza e vulnerabilidade. Este profissional está preparado para responder à complexidade dos contextos neonatais, atuando desde o momento da admissão até à preparação para a alta. Ao promover uma parentalidade segura, orientada e empoderada, o EEESIP facilita a adaptação dos pais e o estabelecimento de uma relação saudável com o recém-nascido (Silva, 2021; Regulamento nº 422/2018).

Em suma, a vivência da parentalidade em contexto de internamento neonatal exige um olhar sensível, individualizado e humanizado por parte das equipas de saúde. Apesar das adversidades, este momento pode ser também uma oportunidade de crescimento, resiliência e fortalecimento dos laços familiares — desde que os pais se sintam acolhidos, envolvidos e valorizados no processo de cuidar.

Embora o internamento neonatal represente uma oportunidade de crescimento e adaptação, é também uma vivência profundamente marcada por exigências emocionais que podem desencadear elevados níveis de stress nos cuidadores. Assim, torna-se essencial compreender, em primeiro lugar, o conceito de stress parental, os seus modelos explicativos e a sua aplicabilidade à realidade neonatal.

## 2. Stress Parental

O estudo do stress parental tem sido amplamente explorado, com diversos estudos focando na percepção dos pais acerca do comportamento e das características dos filhos, e como essas percepções influenciam a prática do papel parental. O objetivo central tem sido compreender os fatores que impactam a parentalidade (Abidin, 1992; Silva, 2021).

A literatura científica apresenta duas linhas principais de investigação sobre o stress parental. A primeira, centrada no impacto do stress no funcionamento familiar, está associada aos acontecimentos quotidianos, muitas vezes designados como *acontecimentos menores*, próprios da parentalidade (Crnic e Greenberg, 1990). A segunda linha foca na dinâmica da relação entre pais e filhos (Abidin, 1992; Belsky, 2014; Silva, 2021). Embora distintas, ambas as perspectivas convergem na ideia de que elevados níveis de stress podem contribuir para o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional. No primeiro caso, as frustrações diárias, associadas tanto ao papel parental quanto ao comportamento das crianças, são vistas como as principais fontes de stress. O segundo enfoque destaca o sofrimento vivido pelos pais no contexto familiar, relacionado com problemas enfrentados pelas crianças em situações que normalmente geram stress (Crnic e Low, 2002; Santos, 2008).

O stress psicológico pode ser entendido como a percepção subjetiva de uma mudança no ambiente, que exige uma resposta adaptativa do indivíduo. De acordo com Golbidi et al. (2015), as situações geradoras de stress são uma parte inevitável da vida, o stress é um mecanismo essencial no ser humano, surgindo sempre que a pessoa precisa de se adaptar a novas circunstâncias. Muitas vezes, o stress é erroneamente associado a um efeito negativo, quando, na realidade, ele pode não ter um impacto prejudicial imediato (Luis, 2016)

Neste sentido, Cronin et al. (2015) descrevem o stress como uma experiência normal que emerge quando os indivíduos sentem dúvidas sobre a sua capacidade de responder às exigências do contexto. No caso da parentalidade, tal experiência pode ser vivida como positiva ou negativa, dependendo da percepção de competência dos cuidadores. Quando os pais se sentem eficazes, o stress tende a ser menor; pelo contrário, quando percecionam dificuldades em satisfazer as necessidades dos filhos, o stress pode intensificar-se e comprometer o bem-estar familiar (Crnic & Low, 2002; Cronin et al., 2015).

As causas do stress parental podem ser compreendidas à luz de modelos teóricos que integram variáveis relacionadas com os cuidadores, as crianças e o ambiente. Abidin (1992) propõe que o stress parental resulta de um desequilíbrio entre as exigências da parentalidade e os recursos pessoais e contextuais disponíveis para lhes responder. Belsky (2014) complementa esta perspetiva, destacando a influência dos fatores sociais, económicos e

relacionais no desempenho do papel parental, sublinhando a natureza multideterminada e dinâmica do fenómeno.

O internamento de um recém-nascido numa unidade de neonatologia é um exemplo paradigmático de contexto altamente gerador de stress parental. Os pais confrontam-se com a incerteza quanto ao estado de saúde e ao prognóstico do bebé, o que potencia sentimentos de ansiedade, medo e impotência. Esta experiência é frequentemente agravada pela separação física, pela complexidade dos cuidados médicos e pela exposição a um ambiente hospitalar tecnologicamente intenso. Além disso, os pais necessitam de confiar nos profissionais de saúde para assegurar o bem-estar do seu filho, o que pode originar sentimentos de perda de controlo (Obeidat et al., 2009; Konukbay et al., 2024).

Estudos recentes demonstram que o stress parental vivido durante o internamento neonatal pode ter repercussões significativas a longo prazo, afetando a saúde mental dos pais e o desenvolvimento emocional e relacional dos filhos. Como afirmam Konukbay et al. (2024), a perceção de suporte emocional e informativo por parte da equipa de enfermagem influencia positivamente o ajustamento parental.

Compreendida a complexidade do fenómeno do stress parental e os seus fundamentos teóricos, importa agora analisar como este stress se manifesta concretamente nas experiências vividas pelos pais durante o internamento neonatal.

## **2.1. Experiência Parental e Stress Associado ao Internamento em Neonatologia**

Durante a gravidez, a maioria dos casais idealiza o nascimento do filho como um momento de felicidade, contacto físico imediato e criação de laços afetivos profundos. A imagem do bebé acolhido nos braços dos pais, num ambiente seguro e afetuoso, é frequentemente interrompida por eventos inesperados, como o parto prematuro, complicações obstétricas ou condições clínicas graves, que exigem o internamento imediato do recém-nascido numa Unidade de Cuidados Neonatais (Soares et al., 2014).

O internamento de um recém-nascido (RN) numa unidade de neonatologia constitui uma experiência emocionalmente disruptiva, marcada por sentimentos intensos de tristeza, impotência, frustração e medo. A separação física abrupta, o ambiente hospitalar tecnicamente sofisticado e a incerteza quanto ao estado clínico do bebé contribuem significativamente para o aumento dos níveis de stress parental. As mães, muitas vezes já fragilizadas fisicamente e emocionalmente pelo parto, enfrentam sentimentos profundos de culpa e angústia. Os pais, frequentemente colocados no papel de apoio, experienciam

igualmente sentimentos de frustração e vulnerabilidade, por não conseguirem cumprir o papel protetor que a parentalidade lhes atribui. Esta ambivalência emocional pode afetar negativamente a comunicação conjugal e agravar o impacto psicológico da situação, especialmente quando o suporte social é limitado (Obeidat et al, 2009; Konukbay et al, 2024).

De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2017), as unidades de neonatologia prestam cuidados diferenciados — intensivos, intermédios ou especiais — a recém-nascidos com necessidades clínicas específicas, acolhendo igualmente as famílias como elementos centrais do processo terapêutico. No entanto, apesar dos avanços tecnológicos e da especialização das equipas, o ambiente altamente técnico e impessoal pode interferir negativamente na construção do vínculo afetivo entre pais e filho (Barbosa, 2013).

O internamento em cuidados intensivos neonatais representa, assim, uma rutura abrupta no processo natural de transição para a parentalidade. Em vez de um início marcado pela proximidade e pelo envolvimento gradual nos cuidados ao filho, os pais são confrontados com um contexto altamente técnico, de acesso restrito, onde prevalecem a separação física, a imprevisibilidade e o controlo institucional. Esta nova realidade exige uma redefinição forçada do papel parental, frequentemente acompanhada por sentimentos de inadequação, perda de controlo e frustração (Obeidat et al., 2009).

O ambiente físico da unidade, caracterizado por luzes intensas, ruídos constantes de monitores, odores hospitalares e equipamentos médicos invasivos, constitui uma fonte adicional de stress (Franck, 2005). A visão do bebé ligado a dispositivos médicos, rodeado por profissionais, é frequentemente referida como perturbadora. No entanto, mais do que os estímulos sensoriais do meio, é a impossibilidade de exercer plenamente o papel parental — alimentar, confortar ou proteger o bebé — que se revela a principal fonte de sofrimento para os pais (Shin, 2004; Voulgaridou et al., 2023).

Shetty et al. (2024), numa revisão sistemática, identificaram uma prevalência significativamente superior de ansiedade, depressão e stress em pais de bebés internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, comparativamente a pais de recém-nascidos saudáveis. Este impacto psicológico não se restringe ao momento do internamento, podendo persistir meses após a alta hospitalar. Fatores como a permanência prolongada na unidade, a escassez de informações claras ou a comunicação pouco empática por parte dos profissionais de saúde contribuem para a intensificação dessas reações (Perehudoff, 1987; Miles e Frauman, 1993; Holditch-Davis e Miles, 2000).

O impacto do internamento neonatal vai além da esfera individual dos pais, afetando também a dinâmica familiar. Muitos pais relatam sentimentos de culpa em relação aos filhos

mais velhos, desgaste físico e emocional, e conflitos conjugais. A ausência de contacto físico com o bebé e a exclusão dos cuidados quotidianos podem dificultar o estabelecimento do vínculo afetivo (Affleck et al., 1991; Huber et al., 1993; Franck, 2005).

Roque et al. (2017), numa *scoping review* sobre saúde mental dos pais de RN internados em unidades neonatais, identificaram duas principais fontes de stress: a dificuldade de ajustamento ao novo papel parental e a aparência física do bebé. Outros fatores relevantes incluem os sons perturbadores da unidade, internamentos prolongados e dificuldades de comunicação com a equipa de saúde — frequentemente agravadas por barreiras linguísticas. Verificou-se ainda que as mães tendem a reportar níveis de stress mais elevados do que os pais, embora estes continuem sub-representados na investigação (Franck, 2005).

A presença de um recém-nascido prematuro ou gravemente doente gera uma perturbação profunda no equilíbrio emocional, psicológico e social dos pais (Lau, 2003; Franck, 2005; Voulgaridou et al., 2023). A incerteza quanto à sobrevivência e desenvolvimento do bebé intensifica a ansiedade e compromete o início do vínculo afetivo (Holditch-Davis, 2003; Callen, 2005;). Muitos pais relatam sentimentos de impotência por não conseguirem realizar tarefas parentais básicas, como alimentar ou acalmar o filho (Miles et al., 1992; Franck, 2005).

Em certos contextos, a própria equipa de saúde pode contribuir inadvertidamente para o aumento do stress parental, ao recorrer a linguagem técnica incompreensível ou ao assumir atitudes que colocam em causa a competência dos pais para cuidar do seu bebé (Miles e Frauman, 1993, citado em Franck, 2005). Inversamente, uma abordagem centrada na família, assente no envolvimento ativo dos pais, no respeito mútuo e na empatia, pode reduzir significativamente o impacto emocional negativo do internamento.

A presença de profissionais empáticos, particularmente enfermeiros, é fundamental para a construção de uma parentalidade positiva. Ao estabelecerem relações de confiança com os pais, estes profissionais facilitam o envolvimento, ensinam estratégias de cuidado e incentivam práticas como o contacto pele a pele, a amamentação e o método canguru, estratégias eficazes na redução do stress e no fortalecimento do vínculo afetivo (Lantz e Ottosson, 2013; Diaz et al., 2014; Figueira, 2022).

Cada pai e mãe traz consigo, ao entrar na Unidade de Neonatologia, a sua história, expectativas, recursos e fragilidades. A forma como reagem ao internamento depende de múltiplos fatores, incluindo a gravidade do estado clínico do recém-nascido, a duração da hospitalização, a perceção de controlo sobre a situação, a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde e o acesso a redes de apoio (Miles e Carter, 1983; Kawafha, 2018). Enquanto alguns pais adotam uma perspetiva positiva e valorizam os cuidados especializados

prestados, outros sentem frustração perante expectativas não correspondidas ou necessidades emocionais não satisfeitas. A presença de apoio familiar, social ou de outros pais em situação semelhante constitui um fator protetor fundamental (Chiejina et al., 2012; Kawafha, 2018).

Apesar das dificuldades, o internamento pode também representar uma oportunidade de crescimento e transformação. Muitos pais desenvolvem competências parentais em contextos de elevada exigência, adaptando-se às necessidades do bebé e criando vínculos fortes. Esta jornada, embora marcada pela dor e pela incerteza, é frequentemente também uma expressão profunda de resiliência, amor e superação.

Para compreender de forma mais aprofundada o impacto emocional do internamento neonatal, diversos investigadores propuseram modelos teóricos que conceptualizam o stress parental neste contexto. O *Parental NICU Stress Model*, desenvolvido por Wereszczak, Miles e Holditch-Davis (1997), identifica quatro domínios fundamentais que influenciam a resposta ao stress: (1) características pessoais dos pais, como experiências anteriores ou fatores psicológicos individuais; (2) fatores situacionais, como a severidade da doença do recém-nascido e a perceção de incerteza; (3) recursos pessoais disponíveis, incluindo suporte familiar e financeiro; e (4) suporte ambiental, proveniente da equipa de saúde ou de outros pais. Estes domínios interagem e moldam a forma como os pais se adaptam à experiência de internamento (Sousa, 2020).

De forma complementar, o *Preterm Parental Distress Model*, proposto por Holditch-Davis e Miles (2000), identifica seis fontes principais de stress parental: (1) fatores pessoais e familiares pré-existent, como idade, género, etnia, condições socioeconómicas, personalidade e antecedentes de doença ou morte; (2) experiências pré e perinatais, incluindo infertilidade, partos prematuros ou perdas gestacionais; (3) a aparência do recém-nascido, a sua doença e os tratamentos; (4) preocupações quanto ao prognóstico; (5) a perda do papel parental, sentida quando os cuidados são assumidos por profissionais; e (6) o relacionamento com a equipa de saúde (Sousa, 2020). Estes modelos oferecem uma estrutura conceptual robusta para interpretar o impacto emocional vivido pelos pais em contexto de neonatologia.

Perante a complexidade do impacto do internamento neonatal, importa analisar os diversos fatores sociodemográficos, obstétricos e clínicos que influenciam a perceção de stress dos pais neste contexto. Estes fatores podem condicionar a forma como os cuidadores experienciam e respondem às exigências emocionais, sociais e práticas associadas à hospitalização do recém-nascido.

No capítulo seguinte, serão exploradas essas variáveis com maior detalhe, permitindo uma compreensão mais abrangente dos perfis de risco e dos possíveis mecanismos de

proteção. Esta análise é um passo importante para fundamentar a avaliação rigorosa do stress parental, que será abordada através da apresentação dos instrumentos de medida utilizados em contexto neonatal.

## **2.2. Fatores que influenciam o Stress Parental numa Unidade de Neonatologia**

A literatura especializada tem vindo a identificar diversos fatores sociodemográficos, obstétricos e neonatais que influenciam, de forma distinta, a perceção de stress por parte dos cuidadores parentais. No entanto, os resultados nem sempre são consensuais, variando consoante o desenho metodológico, o contexto cultural e as características das amostras estudadas.

No que diz respeito à idade dos pais, os resultados revelam-se inconclusivos. Brondani et al. (2024), num estudo transversal com 129 pais em dois hospitais do sul do Brasil, não encontraram associação significativa entre a idade e os níveis de stress parental. Em contraste, Hames et al. (2021), num estudo longitudinal realizado na Nova Zelândia, observaram que mães mais jovens apresentavam níveis mais elevados de stress no momento da alta hospitalar, possivelmente devido a menor experiência, maior fragilidade emocional ou acesso limitado a redes de apoio. Já Klein e McDonald (2024), num estudo norte-americano com seguimento durante o primeiro ano de vida, também não identificaram diferenças de stress associadas à idade dos pais. Enke et al. (2017) acrescentam que a juventude parental, combinada com um prognóstico neonatal grave, está associada a níveis mais elevados de stress, sobretudo em casos de partos múltiplos ou de prematuridade extrema.

Relativamente ao sexo dos cuidadores, a literatura tende a apontar as mães como mais vulneráveis ao stress. Estudos como os de Carter et al. (2007) e Brondani et al. (2024) reportaram níveis significativamente superiores de stress nas mães, especialmente no domínio da “alteração no papel parental”. Kegler et al. (2023) corroboram esta evidência, identificando níveis mais altos de stress materno nas subescalas “sons e imagens” e “comportamento do bebé” da PSS: NICU. A scoping review de Roque et al. (2017) reforça esta tendência, mostrando que, de forma geral, as mães percecionam níveis mais elevados de stress durante o internamento neonatal. Apenas dois fatores foram associados a maior stress nos pais: o consumo de álcool ou outras substâncias e a transferência hospitalar da parceira durante a gravidez devido a complicações (Carter et al., 2007). Shin (2004, citado em Voulgaridou et al., 2023) aponta que as mães vivenciam sentimentos de ambivalência, vergonha, culpa e fracasso, frequentemente exacerbados por preconceitos sociais

(Heermann, 2005; Broedsgaard, 2005). Estas mães também relatam frustração quando são internadas junto a mães de recém-nascidos saudáveis, o que agrava o sofrimento emocional.

Contudo, estudos mais recentes sugerem um padrão mais equilibrado. Klein e McDonald (2024) não encontraram diferenças significativas entre mães e pais no stress parental ao longo do primeiro ano após a alta, sugerindo que o impacto do internamento pode afetar ambos os géneros de forma semelhante, sobretudo em contextos com maior envolvimento paterno. Palma et al. (2017) também não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres.

O estado civil dos pais (casado/união de facto vs. solteiro) tem sido abordado em diversos estudos, sendo que, na maioria, não se observam associações estatisticamente significativas. No entanto, Pan et al. (2024) identificaram níveis mais elevados de stress em pais solteiros, possivelmente devido à ausência de apoio conjugal e familiar, que concentra o stress em apenas um cuidador, além das pressões económicas e profissionais que agravam a situação.

A escolaridade parental apresenta um papel ambivalente. Tilahun (2024), num estudo na Etiópia, observou que pais com níveis mais elevados de escolaridade (licenciatura ou superior) tendem a experienciar menos incerteza quanto ao seu papel durante o internamento neonatal, possivelmente devido a maior literacia em saúde e compreensão do contexto clínico — resultado também identificado por Pan et al. (2024). Por outro lado, Kegler et al. (2023) encontraram níveis mais altos de stress na subescala “sons e imagens” entre pais com ensino superior, sugerindo que uma melhor perceção do estado de saúde do bebé pode, paradoxalmente, aumentar a ansiedade.

No que respeita à profissão dos pais, poucos estudos a abordam diretamente. No entanto, Loewenstein (2018) destaca o impacto do nível socioeconómico e da disponibilidade de tempo como mediadores do stress parental. Profissões menos flexíveis ou de baixos rendimentos podem dificultar a presença contínua na unidade, aumentando os sentimentos de impotência e afastamento do recém-nascido.

A experiência prévia em unidades neonatais surge como uma variável relevante. Kegler et al. (2023) observaram que pais sem experiência anterior em cuidados intensivos neonatais apresentaram níveis mais elevados de stress, particularmente nos domínios relacionados com a perda de controlo parental, o que reforça a ideia de que a familiaridade com o ambiente hospitalar contribui para reduzir a imprevisibilidade e a ansiedade.

O tipo de parto, seja programado ou de emergência, também influencia a perceção de risco parental. Partos por cesariana, especialmente os de urgência, estão frequentemente associados a níveis mais elevados de stress (Tilahun, 2024). Complicações obstétricas, como

doenças gestacionais ou transferências hospitalares, aumentam significativamente a ansiedade dos cuidadores (Carter et al., 2007; Brondani et al., 2024).

No estudo de Palma et al. (2017), não foram observadas diferenças significativas em relação ao stress parental nas subescalas da PSS: NICU em função do planeamento da gravidez, paridade (primíparas vs. múltiparas) ou tipo de gestação (única vs. múltipla). Pais com antecedentes de complicações gestacionais, diagnóstico prévio de infertilidade ou internamento anterior de outro filho em unidade neonatal também não apresentaram níveis de stress superiores aos restantes.

As variáveis neonatais, como a idade gestacional e o peso ao nascer, são amplamente reconhecidas como preditores importantes de stress parental. Carter et al. (2007) e Klein e McDonald (2024) referem que bebés com idade gestacional mais baixa e peso inferior ao esperado estão associados a maior ansiedade parental, devido à maior fragilidade e risco de complicações. Granat et al. (2017) apontam que bebés com menos de 28 semanas de gestação ou peso inferior a 1.500 g estão fortemente associados a níveis mais elevados de stress, ansiedade e sintomas depressivos nos pais. Soghier et al. (2020) destacam que mesmo pais de recém-nascidos de termo podem experimentar sintomas depressivos intensos quando o internamento é inesperado, e que a ausência de apoio psicológico durante esse período tende a agravar o impacto emocional. Palma et al. (2017), contudo, não identificaram diferenças estatisticamente significativas relacionadas com variáveis clínicas do recém-nascido, apontando que o stress pode estar mais associado à alteração do papel parental do que à gravidade clínica propriamente dita.

Por fim, o tempo de internamento constitui um fator adicional. Brondani et al. (2024) encontraram associação entre maior tempo de hospitalização e aumento do stress parental. Por outro lado, Hames et al. (2021) observaram uma tendência de diminuição do stress com o tempo, à medida que os pais se adaptam à rotina hospitalar. Esta discrepância pode dever-se ao estado clínico do bebé e à qualidade do apoio recebido: internamentos prolongados com instabilidade clínica mantêm a ansiedade elevada, enquanto períodos longos em contexto estável podem promover adaptação e maior controlo emocional.

A identificação dos múltiplos fatores associados ao stress parental é fundamental para a compreensão do fenómeno, mas também para a sua avaliação rigorosa. Nesse sentido, torna-se essencial conhecer os instrumentos desenvolvidos para medir o stress dos pais em contexto neonatal, analisando a sua estrutura, aplicabilidade e validade.

### 2.3. Instrumentos de Avaliação do Stress Parental em Unidades de Neonatologia

A natureza altamente especializada e exigente das unidades de cuidados neonatais evidencia a necessidade de instrumentos específicos para avaliar o stress vivenciado pelos pais nestes contextos. Escalas genéricas de avaliação de stress ou ansiedade, embora relevantes em outros cenários, revelam-se limitadas para captar os aspetos particulares desta experiência, como a exposição contínua à instabilidade clínica do recém-nascido, a separação física forçada, a incerteza quanto ao prognóstico e as restrições ao exercício do papel parental.

Face a estas especificidades, têm vindo a ser desenvolvidos, ao longo das últimas décadas, instrumentos concebidos para identificar as principais fontes de stress associadas ao internamento neonatal e quantificar a intensidade da resposta emocional dos cuidadores, tendo em conta as características singulares do ambiente hospitalar, da dinâmica parental e da perceção do estado clínico do RN.

O stress parental em contexto neonatal tem, por isso, sido alvo de crescente atenção por parte da comunidade científica, originando múltiplos estudos empíricos e a formulação de modelos teóricos que procuram compreender e conceptualizar esta vivência complexa. Entre os contributos mais relevantes destacam-se o *Parental NICU Stress Model* (Wereszczak et al., 1997) e o *Preterm Parental Distress Model* (Holditch-Davis, 2000), já referidos anteriormente, que evidenciam a influência de fatores como as características individuais dos progenitores, experiências anteriores (incluindo gravidez e parto prematuro), a gravidade da condição clínica do recém-nascido, a incerteza associada ao prognóstico, bem como os recursos pessoais, familiares e financeiros disponíveis. Estes modelos são referidos por Sousa e Curado (2020) na sua revisão scoping, onde se sublinha a importância de integrar múltiplos determinantes na compreensão do stress parental em unidades neonatais.

Com base nestas premissas, emergiram diversos instrumentos com o objetivo de avaliar não apenas a frequência e a magnitude dos stressores presentes, mas também o seu impacto na parentalidade, na relação pais-filho, no funcionamento familiar e nas potenciais repercussões a longo prazo. Entre os principais destacam-se a *Perceived Stress Scale* (Cohen, 1994), a *Parenting Stress Index* (Abidin, 1997) e o *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SASRQ) (Cardeña et al., 2000). Mais especificamente dirigidas ao contexto neonatal, salientam-se a *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) (Miles, 1989; Miles et al., 1993), a *Neonatal Unit Parental Stress Scale* (NUPS) (Reid et al., 2007).

Importa salientar que a revisão *scoping* de Sousa e Curado (2020) identificou apenas dois instrumentos especificamente concebidos para avaliar o stress parental em contexto neonatal: a PSS: NICU e a NUPS. Esta última constitui uma evolução da primeira, procurando colmatar algumas das suas limitações e integrar dimensões adicionais associadas à experiência parental durante o internamento hospitalar do recém-nascido. Mais recentemente, foi desenvolvida a versão portuguesa da NUPS — Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade Neonatal – Versão Modificada (EASPUN-VM) — resultante do processo de tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa, conduzido por Sousa a partir de 2020. Esta versão é também conhecida como NUPS-PT.

### **2.3.1. Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)**

A escala PSS: NICU foi originalmente desenvolvida por Miles et al. (1993) para avaliar o nível de stress vivenciado pelos pais de recém-nascidos internados em unidades de cuidados intensivos neonatais. A versão inicial da escala era composta por 26 itens, distribuídos em três subescalas principais: sons e imagens do ambiente, aparência e comportamento do bebé, e alteração do papel parental. Para cada item, os pais indicam o grau de stress sentido através de uma escala tipo Likert de cinco pontos, que varia entre 1 (não stressante) e 5 (extremamente stressante). Além disso, a avaliação pode ser realizada por três métricas distintas: o nível de ocorrência de stress, que considera apenas os itens experienciados pelos pais; o nível geral de stress, que inclui todos os itens, atribuindo um valor mínimo de 1 aos que não foram experienciados; e o número total de experiências, que contabiliza a quantidade de situações vividas e potencialmente stressantes (Souza, 2012).

No contexto português, a PSS: NICU com 26 itens foi alvo de um processo de tradução, adaptação cultural e validação por Santos (2014), num estudo metodológico que seguiu diretrizes internacionalmente reconhecidas. A versão portuguesa demonstrou elevada consistência interna e boa validade de constructo, correlacionando-se com outras medidas de avaliação de ansiedade e depressão parental. Estes resultados confirmam a adequação da PSS: NICU como instrumento válido e fiável para a avaliação do stress parental em unidades neonatais em Portugal.

De acordo com Sousa e Curado (2020), numa *scoping review* realizada, a PSS: NICU foi adaptada em diversos países e pode apresentar versões expandidas com até 46 itens, mantendo, no entanto, as três dimensões originais, bem como uma métrica adicional que avalia o nível geral de stress. A escala utiliza um formato ordinal de cinco pontos, no qual os pais indicam o grau de stress percebido para cada item, variando entre 1 (nada stressante) e

5 (muito stressante), sendo ainda possível assinalar o valor zero (0) caso não tenham experienciado a situação descrita (Govindaswamy et al., 2019; Sousa e Curado, 2020).

Embora a comunicação com a equipa de saúde tenha sido considerada inicialmente uma quarta dimensão, esta foi excluída no desenvolvimento final da escala, por não ser identificada pelos pais como uma fonte significativa de stress. Ainda assim, vários estudos reconhecem que a comunicação e o comportamento dos profissionais de saúde influenciam significativamente o stress parental durante o internamento neonatal (Sweet e Mannix, 2012; Holditch-Davis e Miles, 2000; Martin et al., 2016; Prouhet et al., 2018; Govindaswamy et al., 2019).

Assim, a PSS: NICU mantém-se como um instrumento essencial para compreender as perceções parentais relativas aos fatores de stress vivenciados na unidade neonatal, contribuindo para o desenvolvimento de cuidados centrados na família e para o planeamento de estratégias de apoio psicossocial dirigidas aos pais.

### **2.3.2. Neonatal Unit Parental Stress Scale - NUPS**

A NUPS foi desenvolvida por Reid et al. (2007) com o objetivo de proporcionar uma avaliação mais completa do stress parental em unidades neonatais, procurando colmatar algumas limitações identificadas na PSS: NICU. Os autores destacaram a dificuldade desta última em captar aspetos importantes como a transição para o papel parental, a identidade maternal, a relação inicial com o recém-nascido (RN), os efeitos de uma gravidez de risco ou de experiências prévias traumáticas, bem como o impacto de responsabilidades familiares adicionais (Reid et al., 2007; Sousa e Curado, 2020).

Neste contexto, a NUPS surge como uma resposta estruturada a essas lacunas, incorporando novas dimensões e oferecendo uma abordagem mais sensível e contextualizada para a avaliação do stress parental em cuidados neonatais.

A escala é composta por 65 itens, organizados em quatro dimensões principais: (1) o ambiente da UN (*sights and sounds*), (2) alteração do papel parental (*parental role alteration*), (3) a aparência e o comportamento do RN (*child's appearance and behavior*, e (4) as complicações sociais e dificuldades na relação (*social/practical*). Esta versão da escala é composta por 65 itens (16 a mais do que a PSS: NICU), e utiliza uma escala de medida ordinal com cinco opções, avaliando o stress dos pais de 1 “Nada stressante” a 5 “Muito stressante”, com a possibilidade de registar “0” caso a experiência descrita não se aplique. Apesar da sua abrangência e sensibilidade, a NUPS tem sido menos utilizada em comparação com a PSS: NICU, embora represente um avanço importante na avaliação multidimensional do stress parental.

Em Portugal, a escala foi alvo de um processo de transcrição e validação conduzido por Sousa e Curado (2021), com o objetivo de assegurar a sua adequação ao contexto clínico nacional. Esta versão, inicialmente designada EASPUN-VM (Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia – Versão Modificada), mantém a organização original da NUPS e reforça o potencial do instrumento para a avaliação sistemática do stress parental. Permite aos profissionais de saúde, em particular enfermeiros especialistas, identificar precocemente situações de risco e implementar estratégias de apoio ajustadas às necessidades das famílias (Sousa e Curado, 2021).

Conhecer e utilizar instrumentos válidos de avaliação do stress parental permite não só identificar precocemente os cuidadores em maior risco, como também fundamentar a implementação de intervenções ajustadas às suas necessidades. É precisamente sobre as principais intervenções destinadas a reduzir o stress parental associado ao internamento do recém-nascido em contexto neonatal que se debruça o capítulo seguinte.

## **2.4. Intervenções para reduzir o Stress Parental no Internamento Neonatal**

O internamento de um recém-nascido numa Unidade de Neonatologia representa, para a maioria dos pais, uma experiência profundamente desafiadora e geradora de elevado stress. A separação precoce, a imprevisibilidade do quadro clínico e o ambiente tecnificado da unidade intensificam sentimentos de vulnerabilidade, medo e impotência, impactando diretamente o bem-estar emocional e a adaptação ao papel parental. Neste enquadramento, o enfermeiro assume um papel fulcral, não apenas na prestação de cuidados clínicos ao recém-nascido, mas também na implementação de estratégias dirigidas à mitigação do impacto emocional vivido pelos pais. Têm sido desenvolvidas diversas intervenções com o objetivo de reduzir o stress parental, promover o vínculo afetivo e fortalecer as competências dos cuidadores. Muitas destas estratégias enquadram-se na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, um modelo assistencial que reconhece o papel central da família na prestação de cuidados e defende a sua inclusão ativa e informada em todas as etapas do processo clínico (Hutchfield, 1999).

O conceito de Cuidados Centrados na Família tem evoluído ao longo das últimas décadas, propondo uma abordagem integrada e colaborativa na qual os pais são considerados parceiros essenciais na prestação dos cuidados ao recém-nascido. Um desenvolvimento recente e relevante nesta área é o modelo Family Integrated Care (FICare), avaliado por meio de ensaios clínicos controlados, como o estudo multicêntrico conduzido por O'Brien et al. (2015) no Canadá e Austrália. Este modelo promove a inclusão dos pais na rotina dos cuidados intensivos neonatais, combinando educação parental estruturada, apoio emocional e envolvimento direto nas decisões clínicas. Os resultados apontam para melhorias significativas na experiência dos pais, redução do stress e benefícios no desenvolvimento dos bebés, reforçando a importância do envolvimento familiar como estratégia central para enfrentar os desafios do internamento neonatal.

Entre as intervenções com maior sustentação empírica encontram-se as de base cognitivo-comportamental e psicoeducativa. Estas estratégias centram-se na capacitação dos pais, procurando dotá-los de conhecimentos e recursos para compreenderem melhor a situação clínica do recém-nascido e lidarem de forma mais adaptativa com as exigências do internamento. Programas de educação parental, sessões de apoio psicológico e intervenções de relaxamento e mindfulness têm demonstrado benefícios significativos na redução da ansiedade, do stress e dos sintomas depressivos (Mendelson et al., 2017; Sabnis et al., 2019). Um exemplo particularmente relevante é o estudo conduzido por Dwevedi (2021), na Índia, que evidenciou o impacto positivo de sessões estruturadas de aconselhamento médico na

diminuição do stress parental em todos os domínios da PSS: NICU. Tãmbas intervenções de telenursing, como a realizada por Jafarzadeh et al. (2019), revelaram-se eficazes, ao permitirem a continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar, promovendo a vinculação e o sentimento de segurança dos pais.

Paralelamente, têm sido exploradas abordagens que valorizam a autorregulação emocional dos cuidadores, nomeadamente através da atenção plena, da gratidão e da espiritualidade. As práticas de mindfulness e de relaxamento têm vindo a ser incorporadas em contextos neonatais com o intuito de reduzir a sobrecarga emocional dos pais. Estudos como os de Sabnis et al. (2019) e Ginsberg (2023) destacam o potencial destas abordagens na redução dos sintomas de ansiedade e depressão, embora os seus efeitos sobre o stress parental permaneçam moderados, carecendo de investigação mais aprofundada. Noutro âmbito, Qahfarakhiet et al. (2022) demonstraram os efeitos positivos de uma intervenção baseada na gratidão na saúde mental de mães de prematuros, evidenciando melhorias significativas ao nível do humor e da redução do stress. De forma complementar, a espiritualidade surge, em diversos estudos, como uma estratégia espontânea mobilizada pelos pais para lidar com a adversidade, conforme relatado por Heidai et al. (2017; Goral, 2022).

O envolvimento parental nos cuidados ao recém-nascido é, consensualmente, uma das estratégias mais eficazes para atenuar o stress e promover a adaptação ao papel parental. Inserido na filosofia dos Cuidados Centrados na Família este envolvimento traduz-se na inclusão ativa dos pais, nomeadamente através do método canguru, do contacto pele-a-pele e da participação em rotinas de cuidados básicos, o que contribui para reforçar o vínculo afetivo e a perceção de competência. A experiência dinamarquesa descrita por Noergaard et al. (2018), ao implementar uma unidade “father-friendly”, ilustra a importância de integrar ambos os progenitores nos cuidados. Embora tenha sido registado um aumento do stress nos pais (homens), este pode ser interpretado como reflexo de um maior envolvimento emocional e da intensificação do vínculo com o bebé, sendo, por isso, uma dimensão a monitorizar, mas não necessariamente negativa.

As intervenções psicossociais e em grupo assumem também um papel relevante na redução do stress parental. A partilha de experiências entre pares em contexto de grupo oferece um espaço de validação emocional, de normalização do sofrimento e de construção de redes de apoio. Goral (2022) e Ong et al. (2019) sublinham o valor destas dinâmicas, quer pela sua acessibilidade, quer pela sua eficácia na diminuição do isolamento emocional. A implementação de programas estruturados de educação parental em grupo tem igualmente demonstrado resultados positivos ao nível da aquisição de competências, da satisfação parental e da redução do stress. De forma mais especializada, a Triadic Parent-Infant

Relationship Therapy, referida por Nurlaila et al. (2023), mostra-se eficaz na promoção da relação pais-bebé e na mitigação de sintomas de stress, destacando-se como uma abordagem promissora em contextos de maior complexidade relacional.

O recurso a tecnologias de apoio à ligação parental constitui uma inovação crescente nas unidades neonatais. A utilização de webcams, instaladas junto às incubadoras, permite aos pais acompanharem o seu bebé à distância, promovendo a sensação de proximidade e reduzindo a ansiedade associada à separação. O estudo de Legge et al. (2023), realizado na Austrália, demonstrou que esta medida contribuiu para aumentar o envolvimento dos pais e diminuir os níveis de stress, especialmente nos casos em que a presença física contínua não era possível.

No domínio das intervenções sensoriais, a musicoterapia tem emergido como uma das estratégias mais frequentemente aplicadas e com maior evidência de eficácia. A sua implementação em contexto neonatal, como documentado por de Witte et al. (2022) e Nurlaila et al. (2023), contribui para a regulação emocional dos pais e do recém-nascido, favorecendo o relaxamento, a vinculação e a redução do stress. O carácter não invasivo, o baixo custo e a elevada aceitabilidade fazem desta intervenção uma opção particularmente interessante para integrar em práticas de cuidados centrados na família.

O papel do enfermeiro, em particular do EEESIP, é central na implementação e articulação destas intervenções. Na proximidade diária com os pais, o enfermeiro não se limita à prestação de cuidados clínicos, mas assume a função de facilitador da parentalidade, promovendo a adaptação ao “bebé real”, capacitando para o cuidado e identificando precocemente sinais de sofrimento emocional. A sua intervenção é ainda fundamental na mediação da comunicação com a equipa médica, na gestão de expectativas e no reforço da confiança parental (Regulamento n.º 422/2018; Silva, 2021). A complexidade do internamento neonatal exige, por isso, uma abordagem integrada, em que dimensões emocionais, relacionais, educativas e sensoriais sejam consideradas de forma articulada. A criação de ambientes terapêuticos promotores de segurança, ligação afetiva e *empowerment* parental contribui não apenas para a mitigação do stress imediato, mas também para a construção de uma parentalidade mais segura, consciente e vinculada a longo prazo.



## Parte II – Estudo Empirico



### **3. Metodologia**

A metodologia é a fase mais importante de um estudo de investigação, uma vez que é a partir da sua definição que este é conduzido de forma a atingir o objetivo proposto. A metodologia refere-se ao estudo sistemático dos métodos, princípios e regras que norteiam uma investigação científica ou um conjunto de práticas, tendo como objetivo garantir rigor, coerência e validade no processo de obtenção de conhecimento (Marconi e Lakatos, 2017). Os pontos seguintes identificam e descrevem o estudo escolhido, assim com o percurso percorrido para atingir o objetivo da investigação e dar resposta à questão de investigação previamente identificada.

#### **3.1. Métodos**

Nesta secção, apresentam-se os métodos utilizados no desenvolvimento do estudo, permitindo enquadrar a abordagem adotada e justificar as opções metodológicas seguidas.

##### **3.1.1. Tipo de estudo**

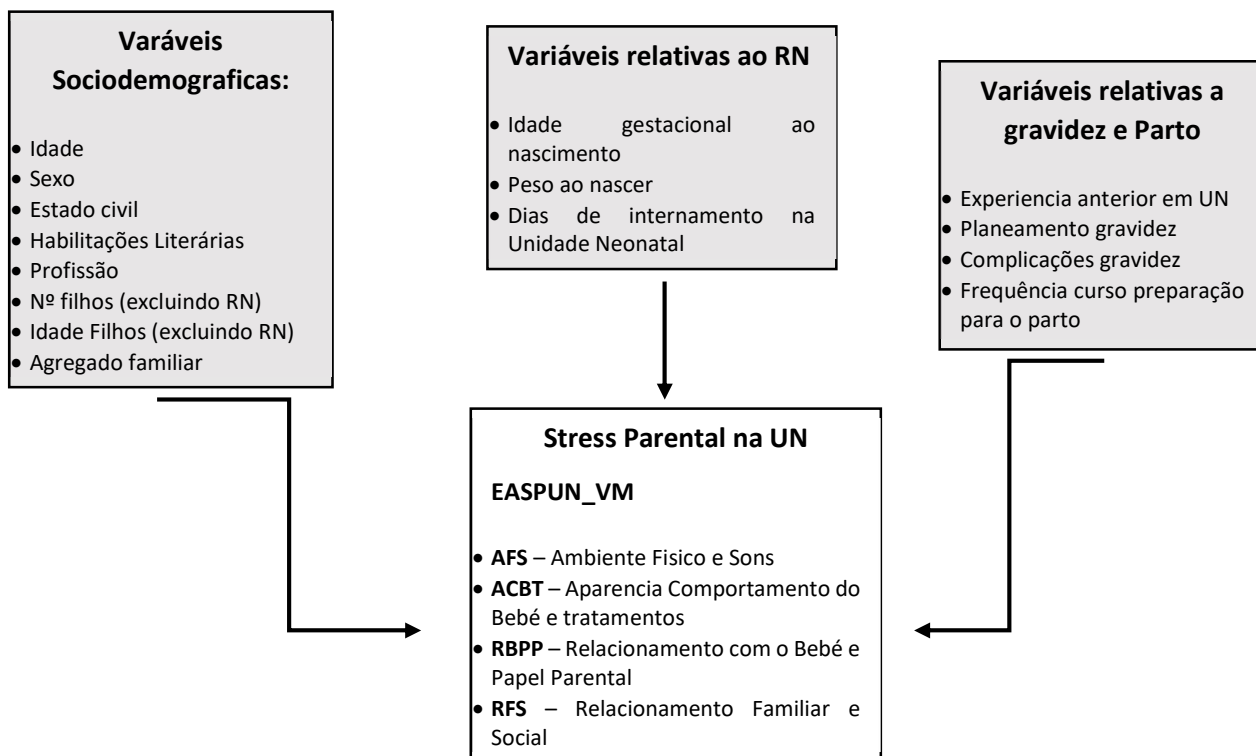
Foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, com delineamento transversal e de carácter descritivo-correlacional, realizado durante um período previamente estabelecido, numa Unidade de Neonatologia pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Centro do país.

O desenho metodológico adotado neste estudo é amplamente utilizado na investigação em saúde, dada a sua capacidade para proporcionar uma análise sistemática e aprofundada dos fenómenos observados. A vertente descritiva permite identificar e caracterizar variáveis tal como ocorrem no seu contexto natural, sem intervenção do investigador, o que assegura uma compreensão fiel da realidade empírica. Esta abordagem é particularmente útil na deteção de padrões e tendências numa população-alvo, oferecendo uma base sólida para a compreensão dos fenómenos em estudo (Coutinho, 2023).

Por outro lado, a vertente correlacional procura explorar relações estatísticas entre duas ou mais variáveis, sem que disso decorra, necessariamente, uma relação de causa e efeito. Trata-se de um método útil para identificar padrões de associação entre variáveis, o que pode servir de base para futuras investigações experimentais ou intervenções direcionadas. Marôco (2018) destaca que os estudos correlacionais são particularmente relevantes quando se pretende compreender como diferentes dimensões de um fenómeno se inter-relacionam, contribuindo para uma visão mais integrada e contextualizada da realidade observada.

Este enquadramento metodológico revela-se, assim, como o mais adequado para investigar o fenómeno do stress parental no contexto específico da neonatologia, contribuindo

para a identificação de fatores associados e para a melhoria da prática clínica. Para esse efeito, foi concebido o esquema conceptual de base apresentado sob a forma de pictograma na Figura 1, com o objetivo de esclarecer as inter-relações entre as variáveis independentes e a variável dependente que se pretende estudar.



**FIGURA 1** - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA RELAÇÃO PREVISTA ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS NA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Face ao exposto, definiram-se as seguintes questões de investigação: Qual o nível de stress apresentado pelos pais dos RN internados na Unidade de Neonatologia?; Qual a relação existente entre as variáveis sócio demográficas dos pais (idade, sexo, escolaridade, estado civil, habilitações literárias, profissão, nº de filhos e idade, constituição do agregado familiar) e os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia?; Qual a relação entre as variáveis relativas à gestação, parto e ao RN (experiência anterior em neonatologia, gravidez planeada, complicações na gravidez, frequência do curso de preparação para o parto, tipo de parto, idade gestacional e peso do bebé, dias de internamento em neonatologia) e os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia? e face às questões formuladas foram definidos os seguintes objetivos: caracterizar o Stress Parental na Unidade de Neonatologia, através do uso da escala NUPS – PT/ EASPUN-VM; Identificar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e o stress parental na unidade de neonatologia; analisar a relação entre as variáveis obstétricas e do RN e o stress parental na unidade de neonatologia;

determinar o nível de stress parental apresentado pelos pais de RN internados na Unidade de Neonatologia.

A unidade de Neonatologia onde se realizou o estudo integra um Hospital de Apoio Perinatal (HAP). Os HAP são unidades que prestam cuidados a recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas. Estas unidades não estão equipadas para lidar com casos de maior complexidade, como os que envolvem recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas ou com necessidades de cuidados intensivos neonatais avançados (DGS, 2001).

### 3.1.2. Participantes

Para a realização do presente estudo, recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por 32 pais e mães de recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia da Unidade Local de Saúde (ULS) selecionada, entre setembro de 2024 e janeiro de 2025, e que reuniam os critérios de inclusão previamente definidos: ser pai ou mãe de um recém-nascido internado na unidade de neonatologia, participar voluntariamente no estudo, possuir domínio da língua portuguesa (oral e escrita) e demonstrar capacidade para responder, de forma escrita, ao instrumento de avaliação. Foram excluídos do estudo os pais de recém-nascidos transferidos de outras unidades hospitalares ou admitidos através do serviço de urgência pediátrica, bem como aqueles cujos filhos se encontravam internados exclusivamente por motivos sociais, aguardando resolução da respetiva situação.

No total, foram distribuídos 40 questionários, dos quais 32 foram devidamente preenchidos e devolvidos, sendo incluídos na análise dos dados.

#### Caracterização da Amostra

Nesta caracterização sociodemográfica tiveram-se em conta as seguintes variáveis: sexo dos participantes; idade dos participantes; Estado civil; habilitações literárias; profissão ou área profissional; número de filhos excluindo o RN; idade dos filhos excluindo o RN e a constituição do Agregado familiar.

No que respeita ao sexo dos participantes, como já referido, a amostra é composta por 32 participantes, dos quais 17 (53,1%) são do sexo feminino e 15 (46,9%) do sexo masculino (tabela 1).

Em relação à sua **idade** verificou-se que a mesma variou entre os 22 e os 40 anos, com uma média global de 30,78 anos (DP = 3,77). A distribuição por sexo inclui 17 participantes do sexo feminino (53,1%) e 15 do sexo masculino (46,9%).

Entre as mulheres, as idades situam-se entre os 22 e os 36 anos ( $M = 30,65$ ;  $DP = 3,94$ ), enquanto no grupo masculino os participantes apresentam idades compreendidas entre os 26 e os 40 anos ( $M = 30,93$ ;  $DP = 3,71$ ). Em ambos os grupos, a variabilidade em torno da média é reduzida, conforme indicam os coeficientes de variação: 12,84% no sexo feminino e 12,00% no sexo masculino. De acordo com Pestana e Gageiro (2014), valores de CV inferiores a 15% indicam homogeneidade dos dados, o que é observado nesta amostra.

Quanto à distribuição etária, observa-se que 6 mulheres (35,3%) e 5 homens (33,3%) têm menos de 30 anos. A maioria dos participantes de ambos os sexos tem 30 anos ou mais: 11 mulheres (64,7%) e 10 homens (66,7%), evidenciando uma ligeira predominância de indivíduos nesta faixa etária.

No que se refere à forma da distribuição, os dados do grupo feminino apresentam assimetria ligeiramente negativa ( $Sk = -0,496$ ;  $Sk/erro = -0,90$ ), enquanto os do grupo masculino evidenciam assimetria positiva moderada ( $Sk = 0,853$ ;  $Sk/erro = 1,47$ ). Tendo em conta que, segundo Pestana e Gageiro (2014), valores de  $Sk/erro$  inferiores a  $|2|$  não indicam assimetrias estatisticamente significativas, conclui-se que ambas as distribuições podem ser consideradas aproximadamente simétricas.

Relativamente à curtose, os valores situam-se também dentro dos limites de normalidade, com  $K = -0,237$  ( $K/erro = -0,22$ ) no grupo feminino e  $K = 0,990$  ( $K/erro = 0,88$ ) no grupo masculino. Como  $K/erro$  se encontra dentro do intervalo  $|K/erro| < 2$ , de acordo com os critérios referidos pelos autores, considera-se que as distribuições são mesocúrticas.

A análise do rácio entre curtose e assimetria ( $K/Sk$ ) reforça a descrição anterior: no sexo feminino, o valor de 0,48 sugere uma distribuição ligeiramente achatada, ao passo que o valor de 1,16 no grupo masculino indica uma distribuição algo mais pontiaguda, com maior concentração de valores em torno da média.

A Tabela 1 sintetiza os principais indicadores estatísticos da variável idade.

**TABELA 1** - ESTATÍSTICAS RELATIVAS À IDADE

Variáveis	Idade	n	Min	Max	$\bar{X}$	d.p.	Cv (%)	SK/erro	K/erro	K/S
<b>Sexo (n=32)</b>										
Feminino		17	22	36	30.65	3.936	12,84	-0.90	-0.22	0.48
Masculino		15	26	40	30.93	3.712	12	1.47	0.88	1.16
<b>TOTAL</b>		32	22	40	30.78	3.774	12.26	0.14	0.16	2.25

Quanto ao **Estado Civil**, a maioria dos participantes encontra-se numa relação conjugal, estando casados ou em união de facto (87,5%). Esta proporção reparte-se

equitativamente entre sexos, com 14 mulheres (43,8%) e 14 homens (43,8%) a indicarem ter companheiro(a). Apenas quatro participantes (12,5%) afirmaram não possuir parceiro(a), três do sexo feminino (9,4%) e um do sexo masculino (3,1%). A análise estatística não revelou diferenças significativas entre os géneros ( $\chi^2 = 0,878$ ;  $p = 0,603$ ), o que indica independência entre as variáveis (Tabela 2).

Relativamente ao **nível de escolaridade**, a maioria dos participantes (68,8%) possui, no máximo, o ensino secundário (12.º ano), sendo esta proporção idêntica entre homens e mulheres (34,4% em cada grupo). Apenas 10 participantes (31,3%) possuem formação superior, incluindo dois com grau de mestrado ou doutoramento. A associação entre sexo e nível de escolaridade não foi estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 0,276$ ;  $p = 0,712$ ), evidenciando uma distribuição equilibrada entre os grupos.

No referente à **área profissional/ profissão**, tendo em conta a diversidade de categorias existentes na Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010), optou-se por uma reclassificação das profissões em três grupos agregados, de modo a evitar uma análise estatística pouco robusta: *sem atividade profissional*, *trabalhadores dos setores de serviços/indústria* e *profissionais especializados*. A maioria dos participantes (67,7%) exerce funções nos setores de serviços ou indústria, sendo esta a categoria mais representada tanto entre homens (38,7%) como entre mulheres (29,0%). Cerca de 19,4% exercem profissões especializadas (12,9% do sexo feminino e 6,5% do sexo masculino), enquanto 12,9% não se encontram atualmente integrados no mercado de trabalho. A análise estatística não revelou associação significativa entre sexo e área profissional ( $\chi^2 = 2,065$ ;  $p = 0,356$ ).

Em relação ao **número de filhos**, excluindo o recém-nascido internado, 75% dos participantes ( $n = 24$ ) não têm outros filhos além do recém-nascido internado. Esta proporção foi ligeiramente superior entre as mulheres (43,8%) em comparação com os homens (31,3%). Apenas 8 participantes (25%) referiram ter pelo menos um outro filho. A análise de associação entre o número de filhos e o sexo dos participantes não evidenciou diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 1,046$ ;  $p = 0,423$ ). Entre os participantes que declararam ter outros filhos ( $n = 8$ ), não foi realizada análise estatística inferencial à variável **idade dos filhos** (excluindo o RN) devido à reduzida dimensão da subamostra, o que comprometeria a validade e generalização dos resultados, em linha com as recomendações metodológicas de Pestana e Gageiro (2014).

No que diz respeito à constituição do **agregado familiar**, incluindo o recém-nascido, a maioria dos participantes (84,4%) integra agregados familiares de tipo nuclear, compostos por pai, mãe e filhos. Quatro participantes (12,5%) pertencem a famílias alargadas e apenas um (3,1%) a um agregado monoparental. A análise estatística não evidenciou associação

significativa entre o tipo de agregado familiar e o sexo dos participantes ( $\chi^2 = 0,916$ ;  $p = 0,633$ ), indicando distribuição semelhante entre géneros.

A Tabela 2 sintetiza os principais indicadores estatísticos referidos.

**TABELA 2 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DO SEXO DOS PARTICIPANTES**

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Teste Qui Quadrado
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade (n=32)</b>									
< 30 anos	5	15.6	6	18.8	11	34.4			$\chi^2 = 0.396$
>= 30 anos	12	37.5	9	28.1	21	65.6			$p=0.712$
<b>Estado Civil (n=32)</b>									
C/ companheiro/a	14	43.8	14	43.8	28	87.5			$\chi^2 = 0.878$
S/ companheiro/a	3	9.4	1	3.1	4	12,5			$p=0.603$
<b>Habilitações Literárias(n=32)</b>									
Até ao 12º ano	11	34.4	11	34.4	22	68.8			$\chi^2 = 0.276$
Ensino Superior	6	18.8	4	12.5	10	31.3			$p=0.712$
<b>Area Profissional (n=32)</b>									
Prof. Especializados	4	12.9	2	6.5	6	19.4			$\chi^2 = 2.065$
Prof. Serviço/Indústria	9	29	12	38.7	21	67.7			$p=0.356$
S/ atividade	3	9.7	1	3.2	4	12.9			
<b>Nº Filhos (s/RN) (n=32)</b>									
Sem Filhos	14	43.8	10	31.3	24	75			$\chi^2 = 1.046$
Um Filho	3	9.4	5	15.6	8	25			$p=0.423$
<b>Agregado Familiar(n=32)</b>									
Monoparental	1	3.1	0		1	3.1			$\chi^2 = 0.916$
Nuclear	14	43.8	13	40.6	27	84.4			$p=0.633$
Alargada	2	6.3	2	6.3	4	12.5			

Nota: os testes de qui quadrado foram realizados com base na simulação de Monte Carlo para 10.000 amostras e com um nível de significância de 95%.

### 3.1.3. Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de recolha de dados (Anexo III) que permitiu a obtenção da informação escolhido é composto por duas partes:

- Parte I – Questionário *ad hoc* para caracterização sociodemográfica e familiar dos participantes; Dados relativos a Gestação, Parto Atual e dados do RN;
- Parte II – Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia – NUPS-PT.

**Parte I – Questionário *ad hoc* para caracterização sociodemográfica e familiar dos participantes; Dados relativos a Gestação, Parto Atual e dados do RN;**

As variáveis pertencentes a esta secção, foram operacionalizadas de forma a garantir a viabilidade analítica dada a reduzida dimensão da amostra ( $n = 32$ ), como pode ser observado na tabela 3.

A categorização de variáveis contínuas foi ponderada caso a caso, tendo em conta a distribuição dos dados e a necessidade de assegurar poder estatístico suficiente para análises descritivas e inferenciais. Esta abordagem está alinhada com recomendações metodológicas em contextos de amostras pequenas, onde a simplificação categorial pode favorecer a estabilidade dos resultados e a clareza na interpretação (Andrade, 2010; Faber e Fonseca, 2014).

### Caracterização Sociodemográfica

- **Idade dos pais:** Variável quantitativa contínua. A idade dos pais foi tratada como variável contínua para manter a sensibilidade analítica e permitir análises correlacionais e preditivas mais robustas. Essa abordagem é recomendada em estudos sobre parentalidade, onde o impacto da idade sobre o stress parental pode apresentar variações lineares.
- **Sexo:** Variável categórica nominal, com as categorias "masculino" e "feminino".
- **Estado civil:** Variável categórica nominal, com as categorias "casado/união de facto", "solteiro(a)", "divorciado(a)/separado(a)" e "outro".
- **Habilitações Literárias:** Variável categórica ordinal, com as categorias "4.º ano", "6.º ano", "9.º ano", "12.º ano", "bacharelato/licenciatura" e "mestrado/doutoramento". Esta variável permite observar de que forma os níveis de escolaridade se associam a níveis diferenciados de perceção de stress.
- **Profissão:** Variável categórica nominal, obtida por resposta aberta e posteriormente categorizada conforme a Classificação Nacional das Profissões (INE, 2010).
- **Número de filhos (excluindo o recém-nascido internado):** Variável quantitativa discreta, indicando a quantidade de filhos vivos além do RN internado.
- **Idade dos filhos (excluindo o recém-nascido internado):** Variável quantitativa contínua, indicando a idade em anos dos restantes filhos.
- **Constituição do agregado familiar:** Variável categórica nominal, obtida por resposta aberta, podendo incluir número de elementos, relações parentais, presença de avós ou outros cuidadores.

### Caracterização dos Dados Relativos à Gestação e Parto Atual

- **Experiência anterior de internamento em neonatologia:** Variável dicotômica (sim/não), permitindo aferir o impacto de experiências passadas na percepção atual de stress.
- **Planeamento da gravidez:** Variável dicotômica (sim/não), dado que gravidezes não planeadas podem associar-se a menor preparação emocional.
- **Complicações na gravidez:** Variável dicotômica (sim/não), refere-se à ocorrência de intercorrências clínicas durante a gestação que possam ter influenciado a experiência emocional dos pais.
- **Frequência de curso de preparação para o parto:** Variável dicotômica (sim/não), entendida como uma variável associada ao empowerment parental e à preparação para o nascimento, que permite avaliar o impacto de intervenções educativas formais na gestão do stress.
- **Tipo de parto:** Variável categórica nominal, com as categorias "normal/eutócico", " fórceps", "ventosa" e "cesariana", sendo relevante para avaliar a complexidade do evento obstétrico e o seu potencial impacto psicológico.

#### Caracterização dos Dados Relativos ao RN

- **Idade gestacional ao nascimento:** Variável quantitativa categorizada, medida em semanas completas. A classificação segue o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo amplamente utilizada em estudos perinatais. Prematuridade está associada a maiores níveis de stress parental devido à maior complexidade clínica e risco percebido.
- **Peso ao nascer:** Variável quantitativa categorizada, medida em gramas. O ponto de corte segue os critérios da OMS. Baixo peso ao nascer é um fator de risco reconhecido para complicações neonatais, podendo agravar o nível de stress experienciado pelos pais.
- **Dias de internamento na Unidade Neonatal:** Variável quantitativa contínua, mede a duração do internamento hospitalar neonatal, um fator potencial de intensificação do stress parental. A literatura demonstra que períodos mais prolongados de internamento estão associados a maiores níveis de ansiedade e stress parental.

**TABELA 3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS**

Tipo de Variável	Variável	Definição Operacional	Forma de Medição / Categorias	Instrumento / Fonte
Dependente	Stress Parental na Unidade de Neonatologia	Nível de stress percebido pelos pais durante o internamento do RN em cuidados neonatais	Escala de 4 dimensões (AFS, ACBT, RBPP, RFS). Pontuação total e por subescala	EASPUN-VM (Sousa & Curado, 2021)

	AFS – Ambiente Físico e Sons	Perceção do impacto de sons e estímulos sensoriais da unidade	Subescala da EASPUN–VM	idem
	ACBT – Aparência e Comportamento do Bebê e Tratamentos	Perceção sobre a fragilidade do RN e procedimentos clínicos envolvidos	Subescala da EASPUN–VM	idem
	RBPP – Relacionamento com o Bebê e Papel Parental	Dificuldade em exercer o papel parental no contexto hospitalar	Subescala da EASPUN–VM	idem
	RFS – Relacionamento Familiar e Social	Impacto do internamento na relação familiar e no suporte social	Subescala da EASPUN–VM	idem
<b>Independentes</b>	Idade dos pais	Idade em anos	Contínua 1. <30 anos 2. ≥30 anos	Questionário ad hoc
	Sexo	Identificação de género	1 - Feminino 2 - Masculino	idem
	Estado civil	Situação conjugal	1 – Casado (Casado/União de facto) 2 – Não casado (Solteiro(a), Divorciado(a)/Separado/ outro)	idem
	Habilitações literárias	Nível máximo de ensino concluído	1 – até ao 12º ano; 2 – Ensino superior (Bacharelato/Licenciatura; Mestrado/Doutoramento)	idem
	Profissão	Ocupação profissional	Resposta aberta 1 – Profissionais especializados (código 1 e 2)* 2 – Trabalhadores dos serviços e indústria (código 3 ao 9)* 3 – sem atividade	idem
	Número de filhos (excluindo RN)	Quantidade de filhos vivos, além do RN internado	Contínua 1 – sem filhos 2 – um filho	idem
	Idade dos filhos (excluindo RN)	Idade em anos dos restantes filhos	1. <6 anos (pré-escolar) 2. ≥6 anos (idade escolar)	idem
	Agregado familiar	Composição do núcleo habitacional	Resposta aberta 1. Monoparental 2. Nuclear (pais e filhos) 3. Alargado (com avós, tios, etc.)	idem
	Experiência anterior em neonatologia	Internamento anterior de outro RN	Sim / Não	idem
	Planeamento da gravidez	Se a gravidez foi planeada	Sim / Não	idem
	Gravidez sem complicações	Ausência de intercorrências clínicas durante a gestação	Sim / Não	idem
	Curso de preparação para o parto	Frequência de curso pré-natal	Sim / Não	idem
	Tipo de parto	Forma de nascimento	1 – Eutócico 2 – Distócico ( Fórceps, Ventosa, Cesariana)	idem
	Idade gestacional	Semanas completas de gestação no momento do parto	1. Prematuro (<37 semanas) 2. De termo (≥37 semanas)	idem
	Peso ao nascer	Peso do RN à nascença	1. Abaixo do peso adequado (<2500g) 2. Peso adequado (≥2500g)	idem
	Dias de internamento	Número de dias de hospitalização do RN	1. ≤14 dias 2. >14 dias	idem

\* 1 - Especialistas das atividades intelectuais e científica; 2 - Técnicos e profissões de nível intermédio; 3 – Pessoal administrativo; 4 - Serviços pessoais, proteção, segurança e vendedores; 5 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção, artesãos; 6 - Operadores de instalações, máquinas, montagem; 7 - Trabalhadores não qualificados; 8 –operadores de instalações e máquinas e 9-trabalhadores não qualificados (Classificação Profissões Portuguesas, INE, 2010)

## **Parte II – Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia – NUPS-PT;**

A Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia (EASPUN-VM), adaptada e validada para a população portuguesa por Sousa e Curado (2021), foi utilizada neste estudo como principal instrumento de avaliação do stress parental. Esta versão portuguesa da Neonatal Unit Parental Stress Scale (NUPS) foi inicialmente nomeada EASPUN-VM (Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia – Versão Modificada), e é a denominação adotada neste trabalho. A validação psicométrica da escala foi realizada com uma amostra recolhida entre julho de 2019 e maio de 2020 de 406 pais de recém-nascidos internados em unidades neonatais em Portugal.

A EASPUN-VM permite uma avaliação detalhada do stress parental durante o internamento do recém-nascido na UN. Segundo Sousa e Curado (2021), a escala é psicometricamente robusta, validada como sensível, válida e fiável. É composta por 40 itens, organizados em escala de resposta ordinal tipo Likert que varia de 1 a 5, em que os pais avaliam a intensidade do stress sentido, desde “Nada stressante” até “extremamente stressante”, com a opção de marcar “0” caso a experiência descrita não se aplique. Estes itens distribuem-se em quatro dimensões principais: (1) Ambiente Físico e Sons (AFS) que comporta os itens 1,2 e 3; (2) Aparência e Comportamento do Recém-nascido e Tratamentos (ACBT) que possui os itens: 4 ao 15; (3) Relacionamento com o Bebê e o Papel Parental (RBPP); itens 16 ao 27; (4) Relacionamento Familiar e Social (RFS), com os itens 28 ao 40. Estas dimensões ajudam a identificar diferentes fontes de stress para os pais, fornecendo dados valiosos para a tomada de decisões e apoio durante o internamento. Quanto mais elevada a pontuação em cada um dos factores maiores os Índices de stress sentido pelos pais dos recém-nascidos. Dado que o número de itens por factor é variável o que impede a sua comparabilidade entre factores, os scores obtidos nos referidos factores serão, entretanto, convertidos num score percentual que oscila entre zero (0) e cem (100) através da seguinte fórmula ((score bruto- score mínimo esperado) /amplitude) \*100 (Furr e Bacharach, 2014).

No estudo desenvolvido pelas autoras, a fiabilidade da escala foi estimada com base na consistência interna, utilizando o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, com resultados superiores aos valores de referência: a escala total obteve  $\alpha=0,94$ , e as dimensões apresentaram os seguintes valores: (AFS com 3 itens,  $\alpha=0,86$ ; ACBT com 12 itens,  $\alpha=0,88$ ; RBPP com 12 itens,  $\alpha=0,87$ ; RFS com 13 itens,  $\alpha=0,90$ ) (Sousa e Curado, 2021).

### Estudo psicométrico para a presente amostra

A análise da consistência interna da escala foi realizada com base nos critérios propostos por Pestana e Gageiro (2014) e Marôco (2018), recorrendo-se ao coeficiente alfa de Cronbach, às correlações item-total corrigidas, à análise do valor do alfa no caso de eliminação de itens, e ao coeficiente de consistência designado por método das metades (split-half) (Tabela 4).

O coeficiente alfa de Cronbach total para a mostra global foi de 0,930, valor que indica uma muito boa consistência interna, o que é revelador que os itens da escala medem de forma coerente um mesmo constructo subjacente. Para os referidos autores, valores de alfa superiores a 0,9 refletem um grau elevado de fiabilidade do instrumento.

No que respeita às correlações item-total corrigidas, a generalidade dos itens apresentou valores superiores a 0,30, o que é indicativo de uma boa adequação à escala. No entanto, identificaram-se dois itens com valores inferiores ao limiar recomendado: o Item 27 ( $r = 0,126$ ) e o Item 30 ( $r = 0,291$ ), sugerindo uma fraca associação com a pontuação total da escala e, conseqüentemente, uma contribuição psicométrica limitada.

Relativamente ao coeficiente split-half, os resultados obtidos — 0,882 para a primeira metade e 0,909 para a segunda — confirmam a homogeneidade interna da escala, demonstrando que ambas as partes apresentam níveis elevados de consistência.

Não obstante os resultados menos favoráveis em alguns dos itens, foi decidida a sua manutenção, por se considerar que, do ponto de vista conceptual e clínico, contribuem para uma representação mais abrangente do constructo em análise. Esta decisão segue uma perspetiva integradora entre os critérios estatísticos e teóricos, reconhecendo que a eliminação de itens deve ser cuidadosamente ponderada para não comprometer a validade de conteúdo da escala (Pestana e Gageiro, 2014).

Em síntese, os resultados demonstram que a escala possui uma estrutura interna sólida e fiável, sendo composta por itens que, de forma global, revelam bom desempenho psicométrico. A opção por manter todos os itens reflete um equilíbrio entre a robustez estatística e a fundamentação teórica que sustenta o instrumento.

**TABELA 4 – CONSISTÊNCIA INTERNA DOS ITENS**

	Média	DP	Correlação item-total	r	Alfa de Cronbach se item excluído
Item 1	2.22	1.289	0.801	0.463	0.878
Item 2	2.31	1.281	0.823	0.544	0.860
Item 3	2.94	1.243	0.819	0.599	0.863
Item 4	1.56	1.795	0.426	0.335	0.835
Item 5	1.94	1.645	0.413	0.304	0.835
Item 6	1.72	1.818	0.361	0.014	0.840
Item 7	3.13	1.362	0.492	0.587	0.830
Item 8	2.53	1.741	0.508	0.247	0.828

Item 9	3.16	1.780	0.576	0.510	0.823
Item 10	2.69	1.804	0.404	0.507	0.836
Item 11	2.38	1.947	0.697	0.269	0.812
Item 12	2.16	1.394	0.428	0.637	0.834
Item 13	1.44	1.564	0.422	0.339	0.834
Item 14	3.13	1.408	0.677	0.642	0.818
Item 15	1.94	1.933	0.677	0.549	0.813
Item 16	1.13	1.408	0.448	0.498	0.843
Item 17	2.00	1.832	0.546	0.509	0.836
Item 18	3.16	1.725	0.575	0.654	0.834
Item 19	2.22	1.862	0.732	0.734	0.820
Item 20	0.69	1.030	0.422	0.398	0.845
Item 21	1.66	1.860	0.653	0.580	0.827
Item 22	1.69	1.731	0.404	0.385	0.847
Item 23	1.94	1.759	0.584	0.529	0.833
Item 24	0.84	1.221	0.692	0.580	0.829
Item 25	1.44	1.544	0.512	0.526	0.838
Item 26	1.06	1.134	0.481	0.447	0.841
Item 27	0.28	0.634	0.126	0.157	0.856
Item 28	1.94	1.684	0.561	0.656	0.902
Item 29	2.88	1.680	0.542	0.477	0.903
Item 30	0.81	1.447	0.291	0.318	0.912
Item 31	1.56	1.645	0.769	0.453	0.893
Item 32	2.03	2.008	0.818	0.665	0.890
Item 33	1.53	1.831	0.654	0.649	0.898
Item 34	1.38	1.737	0.634	0.524	0.899
Item 35	1.78	1.773	0.642	0.589	0.899
Item 36	1.66	1.578	0.752	0.801	0.894
Item 37	1.41	1.316	0.538	0.356	0.903
Item 38	1.41	1.663	0.629	0.552	0.899
Item 39	2.19	1.693	0.585	0.396	0.901
Item 40	2.13	1.581	0.639	0.438	0.899
<b>Coefficiente split half</b>	Primeira metade: 0.882 Segunda metade: 0.909				
<b>Coefficiente alpha de Cronbach total</b>	0.930				

A tabela 5 apresenta as correlações item total e o alfa de cronbach por subescala. No que respeita ao primeiro fator todos os itens apresentam correlação inter-item acima de 0.800 e os coeficientes alfa a oscilarem entre 0.860 no item 2 e 0.878 no item 1. Pelos índices médios foi possível identificar que o item que apresentou maior nível de stress é o item 3 – “Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores”, com uma média de 2,94 e um desvio padrão de 1,243 enquanto que o item que gerou menor stress é o item 1 – “A presença de monitores e equipamentos”, com uma média de 2,22 (DP = 1,289).

Relativamente à subescala ACBT, a menor correlação inter-item é observada no item 6 e a maior no item no item 11. Os coeficientes alfa em todos os itens podem classificar-se como adequados oscilando entre os 0.812 e 0.840. O item que suscitou maior nível médio de stress foi o item 9 – “Quando o meu bebé parece ter dor”, com uma média de 3,16 (DP = 1,780) e em segundo lugar, surgem os itens 7 – “Ver agulhas e tubos colocados no meu bebé” e 14 – “Quando o meu bebé aparenta estar desconfortável”, ambos com uma média de 3,13. O item que gerou menor stress foi o item 13 – “O meu bebé não conseguir chorar como os outros bebés”, com uma média de 1,44 (DP = 1,564).

Na subescala RBPP, a correlação inter-item é revelador que o item 27 é problemático por apresentar uma correlação inferior a 0.250 pelo que numa análise mais conservadora

deveria eliminar-se, mas os restantes apresentam coeficientes acima do recomendado registando-se o mais elevado no item 19. Os valores de alfa registam valores que consubstanciam uma classificação de adequados ao situarem-se acima dos 0.800. O item com maior índice médio de stress foi o item 18 – “Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebé durante este tempo”, com uma média de 3,16 (DP = 1,725), seguido do item 19 – “Sentir-me entorpecido, como se isto não estivesse a acontecer comigo”, com uma média de 2,22 (DP = 1,862). Em oposição o item com menor nível de stress observou-se no item 27 – “Ainda não sentir nenhum sentimento pelo meu bebé”, com uma média significativamente mais baixa de 0,28 (DP = 0,634).

Por fim, na subescala RFS, a correlação inter-item sugere que o item 30 deve interpretar-se com a devida precaução dado o seu valor correlacional baixo. Os Coeficientes alfa podem classificar-se de bons situando-se todos acima de 0.890. O item mais stressante registou-se no item 29 – “Não ter tempo para fazer tudo”, com uma média de 2,88 (DP = 1,680). Seguem-se o item 39 – “Não ter tempo suficiente para passar com o meu companheiro”, com uma média de 2,19 (DP = 1,693), e o item 40 – “Não ter tempo suficiente para mim própria”, com uma média de 2,13 (DP = 1,581). O item menos stressante foi o item 30 – “Não ter ajuda suficiente da família e dos amigos”, com uma média de 0,81 (DP = 1,447).

**TABELA 5 - CONSISTÊNCIA INTERNA POR SUBESCALA**

		Média	DP	Correlação item-total	r	Alfa de Cronbach se item excluído
<b>Factor 1 - AFS</b>						0.907
Item 1	A presença de monitores e Equipamentos	2.22	1.289	,801	,642	,878
Item 2	Os ruídos constantes dos monitores e equipamentos	2.31	1.281	,823	,678	,860
Item 3	Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores	2.94	1.243	,819	,673	,863
<b>Factor 2 - ACBT</b>						0.840
Item 4	A cor incomum do meu bebé (por exemplo parece pálido ou amarelo Ictérico)	1.56	1.795	,426	,783	,835
Item 5	Os padrões incomuns da respiração do meu bebé	1.94	1.645	,413	,624	,835
Item 6	O pequeno tamanho do meu bebé	1.72	1.818	,361	,667	,840
Item 7	Ver agulhas e tubos colocados no meu bebé	3.13	1.362	,492	,671	,830
Item 8	O meu bebé ser alimentado através de uma linha intravenosa ou tubo na boca ou no nariz	2.53	1.741	,508	,712	,828
Item 9	Quando o meu bebé pareceu ter dor	3.16	1.780	,576	,829	,823
Item 10	Quando o meu bebé pareceu triste	2.69	1.804	,404	,664	,836
Item 11	A aparência flácida e fraca do meu bebé	2.38	1.947	,697	,815	,812
Item 12	Os movimentos bruscos e agitados do meu bebé	2.16	1.394	,428	,482	,834
Item 13	O meu bebé não conseguir chorar como outros bebés	1.44	1.564	,422	,646	,834
Item 14	Quando o meu bebé aparenta estar desconfortável	3.13	1.408	,677	,766	,818
Item 15	O meu bebé não ser capaz de se movimentar adequadamente	1.94	1.933	,677	,833	,813
<b>Factor 3 - RBPP</b>						0.849

Item 16	Não ser capaz de cuidar do meu bebé (por exemplo, mudar a fralda, dar banho)	1.13	1.408	,448	,764	,843
Item 17	Não ser capaz de pegar o meu bebé ao colo, quando quero	2.00	1.832	,546	,678	,836
Item 18	Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebé durante este tempo	3.16	1.725	,575	,614	,834
Item 19	Sentir-me entorpecido/a, como se isto não estivesse a acontecer comigo	2.22	1.862	,732	,750	,820
Item 20	O meu bebé não me reconhece	0.69	1.030	,422	,671	,845
Item 21	Sinto-me zangada/o que o meu bebé tenha nascido mais cedo/ doente	1.66	1.860	,653	,773	,827
Item 22	Sinto-me culpabilizada/o por o meu bebé ter nascido mais cedo/ doente	1.69	1.731	,404	,796	,847
Item 23	O meu bebé parece sozinho	1.94	1.759	,584	,677	,833
Item 24	Tenho medo que o meu bebé se ligue a outra pessoa que não eu	0.84	1.221	,692	,739	,829
Item 25	A equipa conhece o meu bebé melhor que eu	1.44	1.544	,512	,633	,838
Item 26	Não saber o que fazer quando na visita	1.06	1.134	,481	,327	,841
Item 27	Ainda não sentir nenhum sentimento pelo meu bebé	0.28	0.634	,126	,345	,856
<b>Factor 4 - RFS</b>						0.907
Item 28	Ter que parecer alegre quando não me sinto assim	1.94	1.684	,561	,607	,902
Item 29	Não ter tempo para fazer tudo	2.88	1.680	,542	,437	,903
Item 30	Não ter ajuda suficiente da família e dos amigos	0.81	1.447	,291	,619	,912
Item 31	Não conseguir lidar com a vida fora da unidade	1.56	1.645	,769	,822	,893
Item 32	Sentir que ninguém sabe como me sinto	2.03	2.008	,818	,856	,890
Item 33	Ser incapaz de regressar à normalidade	1.53	1.831	,654	,632	,898
Item 34	Ser incapaz de apoiar o meu parceiro/a	1.38	1.737	,634	,847	,899
Item 35	As exigências da vida de casa e da visita	1.78	1.773	,642	,794	,899
Item 36	Não saber o que dizer à família e amigos	1.66	1.578	,752	,742	,894
Item 37	Ter que confiar na família e amigos para suporte	1.41	1.316	,538	,395	,903
Item 38	Não saber como ajudar o meu parceiro/a	1.41	1.663	,629	,787	,899
Item 39	Não ter tempo suficiente para passar com o meu parceiro/a	2.19	1.693	,585	,890	,901
Item 40	Não ter tempo suficiente para mim própria/o	2.13	1.581	,639	,892	,899

### 3.2. Aspetos Formais e Éticos

Primeiramente, foi realizado um pedido formal de autorização para a utilização da Escala EASPUN-VM/NUPS-PT à autora responsável pela sua adaptação e validação para o contexto português, o qual obteve parecer favorável (Anexo I).

Adicionalmente, solicitou-se autorização à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde (ULS) selecionada para a realização do estudo, tendo também sido emitido por esta entidade parecer positivo (Anexo II).

A recolha de dados teve início apenas após a obtenção desse parecer favorável. Os participantes foram selecionados com base nos critérios previamente definidos e abordados

presencialmente pela investigadora. A todos foi solicitado o consentimento informado por escrito (Anexo IV), assegurando-se o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. A entrega dos questionários foi acompanhada pela investigadora, que se manteve disponível para esclarecer eventuais dúvidas no momento do preenchimento.

Todo o processo seguiu os preceitos da Lei n.º 21/2014, relativa à Investigação Clínica, bem como os princípios éticos estabelecidos pela Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013), assegurando a proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos participantes.

### **3.3. Procedimentos Estatísticos**

As análises estatísticas foram realizadas com recurso à versão 29 do software IBM SPSS Statistics. A abordagem adotada incluiu técnicas de estatística descritiva e inferencial. No âmbito da estatística descritiva, foram calculadas frequências absolutas e relativas (percentuais), bem como medidas de tendência central (como a média) e de dispersão (nomeadamente a amplitude, o desvio padrão e o coeficiente de variação). Adicionalmente, foram analisadas medidas de assimetria e curtose, de forma a caracterizar a distribuição das variáveis em estudo, tendo em conta a sua natureza e escala de medição.

Para o coeficiente de variação os resultados obtidos deverão ser interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2014): até 15% dispersão baixa, de 16% a 30% dispersão moderada e superior a 30% dispersão alta.

A não normalidade da distribuição dos dados foi determinada de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2014), sendo considerada quando os valores de assimetria ultrapassam em módulo o valor de |1| e/ou os valores de curtose quando excedem os |3|.

Ainda na análise descritiva foi usado o coeficiente de correlação de Spearman: Trata-se de uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis contínuas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolavelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, ou seja, ao aumento do valor de uma variável está associado a diminuição em média do valor da outra variável, se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. De referir ainda que a comparação do coeficiente deve ser efectuada tendo em consideração o valor de (r) elevado ao quadrado o qual se designa por coeficiente de determinação ( $r^2$ ). Este por sua vez multiplicado por 100 indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Para a análise da magnitude das correlações, seguiram-se os critérios de Pestana e Gageiro (2014): correlação fraca ( $r < 0,30$ ), moderada ( $0,30 \leq r < 0,70$ ) e forte ( $r \geq 0,70$ ).

O coeficiente Alfa de Cronbach( $\alpha$ ) – foi usado para o estudo da consistência interna (i.e., fiabilidade ou fidelidade) dos diferentes itens que constituem a escala. Este índice mede a correlação entre respostas num questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos inquiridos. Trata-se de uma correlação média entre perguntas. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente  $\alpha$  é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador. A interpretação da magnitude deste coeficiente foi realizada segundo os critérios definidos por Pestana e Gageiro (2014):  $\alpha \geq 0,90$  (muito boa),  $0,80 \leq \alpha < 0,90$  (boa),  $0,70 \leq \alpha < 0,80$  (aceitável),  $0,60 \leq \alpha < 0,70$  (fraca) e  $\alpha < 0,60$  (inaceitável).

Quanto à estatística inferencial apenas se fez uso da estatística não paramétrica dada a exiguidade da amostra.

Assim, foi utilizado o teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de postos médios de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes. Quando se pretendeu comparar três ou mais grupos de sujeitos recorreu-se ao teste de Kruskal Wallis que não é mais que uma extensão do primeiro.

O Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ ) – foi usado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as mesmas. A análise dos resultados foi efectuado com recurso à simulação de Monte Carlo para 10.000 amostras e com um intervalo de confiança de 95%.

Para a interpretação dos resultados na análise inferencial foram usados os seguintes níveis de significância:

$p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

$p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos em corte transversal e no mesmo local. Na descrição e análise dos dados procurou-se seguir a ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

## 4. Resultados

Este capítulo assegura a apresentação dos resultados obtidos com base na análise descritiva e inferencial. Procura-se assim dar resposta às questões e objectivos formulados.

### 4.1. Análise Descritiva

#### 4.1.1. Caracterização da amostra relativa aos dados obstétricos e do RN

Inicia-se a apresentação dos resultados com dados respeitantes à gravidez atual, ao tipo de parto e às características dos recém-nascidos (Tabela 5), nenhum participante possuía experiência prévia em neonatologia.

A maioria das gravidezes foi planeada (78,1%), não se verificando diferenças estatísticas significativas entre os sexos dos participantes ( $\chi^2 = 0,058$ ;  $p = 1,000$ ).

Quanto às complicações na gravidez mais de metade da amostra (56,3%) reportaram a sua existência ( $\chi^2 = 0,098$ ;  $p = 1,000$ ).

Relativamente à participação na preparação para o parto, cerca de oito em cada 10 dos inquiridos (81,3%) indicou não ter frequentado qualquer curso, também sem diferenças significativas entre grupos ( $\chi^2 = 0,544$ ;  $p = 0,659$ ).

Quanto ao tipo de parto, verificou-se uma prevalência de partos distócicos (78,1%), sendo os partos eutócicos menos frequentes (21,9%), não existindo diferenças significativas entre os relatos proferidos pelos participantes do sexo feminino e masculino ( $\chi^2 = 0,058$ ;  $p = 1,000$ ).

No que respeita à idade gestacional dos recém-nascidos, apurou-se que a maioria nasceu com idade gestacional inferior a 37 semanas (59,4%) e com peso ao nascimento inferior a 2500 g (53,1%). Cerca de 46,9% dos recém-nascidos tinham peso igual ou superior a 2500 g. Nenhuma destas variáveis apresentou associação estatisticamente significativa com o género dos participantes (IG ao nascer:  $\chi^2 = 0,005$ ;  $p = 1,000$ ; peso ao nascer:  $\chi^2 = 0,000$ ;  $p = 1,000$ ).

No que respeita ao tempo de internamento na unidade neonatal, 30 participantes responderam à questão. O tempo de internamento variou entre 2 e 39 dias, com uma média de 13,72 dias ( $dp = 11,79$ ). Após a categorização dos dados em dois grupos, observou-se que a maioria dos internamentos (72,4%) foi inferior a 14 dias. Também não foi encontrada significância estatística no relato proferido tanto por mulheres como por homens ( $\chi^2 = 0,000$ ;  $p = 1,000$ ).

**TABELA 6** - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELACIONADA COM A GRAVIDEZ, PARTO ATUAL E CARATERISTICAS DO RN EM FUNÇÃO DO SEXO

Variáveis	Género		Masculino		Total		Teste Qui Quadrado
	Feminino		n	%	n	%	
<b>Experiência Neonatal (n=32)</b>							
Sim	0		0				
não	17	53.1	15	46.9	32	100	
<b>Gravidez Planeada(n=32)</b>							$\chi^2 = 0.058$ p=1.000
Sim	13	40.6	12	37.5	25	78.1	
Não	4	12.5	3	9.4	7	21.9	
<b>Complicações na Gravidez (n=32)</b>							$\chi^2 = 0.098$ p=1.000
Sim	10	31.3	8	25	18	56.3	
Não	7	21.9	7	21.9	14	43.8	
<b>Curso Prep. p/ Parto (n=32)</b>							$\chi^2 = 0.544$ p=0.659
Sim	4	12.5	2	6.3	6	18.8	
Não	13	40.6	13	40.6	26	81.3	
<b>Tipo de Parto (n=32)</b>							$\chi^2 = 0.058$ p=1.000
Eutócico	4	12.5	3	9.4	7	21.9	
Distócico	13	40.6	12	37.5	25	78.1	
<b>IG ao nascer (n=32)</b>							$\chi^2 = 0.005$ p=1.000
< 37 semanas	10	31.3	9	28.1	19	59.4	
≥ 37 semanas	7	21.9	6	18.8	13	40.6	
<b>Peso RN ao nascer (n=32)</b>							$\chi^2 = 0.000$ p=1.000
< 2500gr	9	28.1	8	25	17	53.1	
≥ 2500gr	8	25	7	21.9	15	46.9	
<b>Tempo Internamento UN (n=30)</b>							$\chi^2 = 0.000$ p=1.000
≤ 14 dias	11	36.7	11	36.7	22	73.3	
>14 dias	4	13.3	4	13.3	8	26.7	

#### 4.1.2. Stress Parental

A tabela 7 faz referência às estatísticas relacionadas com os factores da escala de stress parental (EASPUN-VM). Como referido na metodologia cada subescala e factor global foram transformados numa escala cuja pontuação oscila entre um valor mínimo de 0.0% e máximo de 100.0%. Pela sua análise apura-se que os índices mínimos (0.00%) se situaram nas subescalas factor 3 e factor 4 e os máximos nas subescalas factor 1 e factor 2, sendo também nestes que se observaram os maiores índices médios de stress (Média= 49.79 ±23.43 dp) e (Média = 46.25 ±20.41) respectivamente. O factor global apresenta um índice mínimo de 8.50 e máximo de 66.00, sendo a média de 38.00 (± 16.63). Os coeficientes de variação indicam dispersões elevadas face ao valor médio e os valores de assimetria e curtose são reveladores de uma distribuição normal.

**TABELA 7** - ESTATISTICAS RELATIVAS AO STRESS PARENTAL (EASPUN-VM)

factores	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Factor 1 - AFS</b>	20.00	86.67	49.79	23.34	46.87	0.417	-1.692
<b>Factor 2 - ACBT</b>	10.00	91.67	46.25	20.41	44.12	0.565	-0.462
<b>Factor 3 - RBPP</b>	0.00	68.33	30.15	18.72	62.08	0.333	-0.950
<b>Fator 4 - RFS</b>	0.00	80.00	34.90	23.97	68.68	0.879	-1.046
<b>Fator global</b>	<b>8.50</b>	<b>66.00</b>	<b>38.00</b>	<b>16.63</b>	<b>43.76</b>	<b>-0.077</b>	<b>-1.274</b>

Procedeu-se à análise das correlações entre as quatro dimensões com o factor global da escala, recorrendo-se ao coeficiente de correlação de Spearman, devido como referido em outras ocasiões à diminuta dimensão da amostra (Tabela 8).

Apurou-se que todas as dimensões da EASPUN-VM se correlacionam positivamente entre si e com o factor global da escala, o que permite afirmar que ao aumento dos índices de stress numa das subescalas ou factor global corresponde ao aumento dos índices de stress nos factores com as quais se correlaciona.

Particularizando, a correlação encontrada entre as subescalas registou a menor correlação entre a ACBT vs AFS ( $\rho = 0.327$ ) não significativa que explica apenas 10.69% de variabilidade. De igual modo também não é significativa a correlação entre as subescalas RFS vs ACBT ( $\rho = 0.333$ ) cuja variabilidade é de 11.08%. A maior correlação entre as quatro subescalas é registada na relação RFS vs RBPP ( $\rho = 0.635$ ) com uma variabilidade de 63.5% sendo a diferença estatística altamente significativa.

Por último e como seria expectável as maiores interdependências das subescalas são obtidas com o factor global e todas com significância estatística. A menor variabilidade observa-se com a subescala AFS ( $\rho = 0.669$ ) e a maior com a subescala RBPP ( $\rho = 0.861$ ) com percentagem de variância explicada de 44.75% e 74.13% respectivamente.

Em síntese, os resultados obtidos evidenciam uma estrutura interna coesa e bem definida da EASPUN-VM, com correlações moderadas a fortes entre as suas dimensões e o factor global, o que reforça a robustez psicométrica da escala para avaliar o stress parental no contexto da neonatologia

**TABELA 8 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES DE SPEARMAN ENTRE SUBESCALAS DA EASPUN-VM**

Fatores	AFS	ACBT	RBPP	RFS
ACBT	0.327 (n.s.)	--		
RBPP	0.520**	0.564**	--	
RFS	0.372*	0.333(n.s.)	0.635***	--
Fator Global	0.669**	0.717***	0.861***	0.839***

\*\*\* p < 0.001      \*\* p < 0.01      \* p < 0.05      n.s. não significativo

Por último e tendo por base o valor encontrado para a mediana que foi de 37.75% estabeleceram-se grupos de corte que permitiram classificar a amostra em dois grupos sendo designado o grupo 1 sem tendência a desenvolver stress ( $\leq 37.75$ ) e grupo 2 ( $> 37.75$ ) com tendência a desenvolver stress. Os resultados obtidos e expressos na tabela 9 indicam que metade da amostra apresenta tendência a desenvolver stress face a RN internados. É o sexo feminino que tem mais tendência a desenvolver stress (64.7%) comparativamente ao sexo

masculino (33.3%) apresentando o teste de qui quadrado uma significância marginal a 10.0% ( $\chi^2 = 3.137$ ;  $p = 0.077$ ).

**TABELA 9 - CLASSIFICAÇÃO DOS NÍVEIS DE STRESS POR SEXO**

Tendência a desenvolver stress	Feminino		Masculino		Total		Teste Qui Quadrado
	n	%	n	%	n	%	
Sem tendência	6	35.3	10	66.7	16	50.0	$\chi^2 = 3.137$ $P = 0.077$
Com tendência	11	64.7	5	33.3	16	50.0	
Total	17	100.0	15	100.0	32		

Síntese: A análise dos dados da EASPUN-VM revelou um nível global de stress parental baixo, com uma média de 38.00% ( $\pm 16.63$ ) numa escala de 0 a 100%. Os domínios AFS e ACBT apresentaram os valores médios mais elevados, enquanto RBPP e RFS registaram níveis mais baixos.

As correlações entre os domínios e o factor global foram moderadas a fortes, todas positivas e estatisticamente significativas, destacando-se a associação entre o factor RBPP e o factor global ( $\rho = 0.861$ ;  $p < 0.001$ ), o que confirma a consistência interna da escala.

Com base na mediana (37.75%), metade da amostra foi classificada com tendência para desenvolver stress, sendo essa tendência mais prevalente no sexo feminino (64.7%) do que no masculino (33.3%), com significância marginal ( $p = 0.077$ ).

Em suma, embora os níveis médios de stress parental sejam globalmente baixos, cerca de metade da amostra revela vulnerabilidade emocional face ao internamento do recém-nascido, o que justifica a necessidade de estratégias de apoio individualizado e sensível ao género e contexto familiar.

## 4.2. Análise Inferencial

Apresentados e analisados os resultados obtidos com a estatística descritiva no capítulo anterior, segue-se neste capítulo a análise inferencial com a qual se pretende analisar a relação entre algumas das variáveis independentes com a variável dependente selecionada para o estudo, por forma a dar resposta aos objectivos e questões de investigação formuladas.

### 4.2.1. Qual o nível de stress apresentado pelos pais de RN internados na Unidade de Neonatologia

A primeira questão de investigação visava determinar o nível de stress apresentado pelos pais de recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia. A resposta a esta questão encontra-se refletida nos resultados apresentados nas tabelas relativas às estatísticas descritivas, à matriz de correlação e à classificação dos níveis de stress.

De um modo geral, os índices de stress apresentados pelos pais das crianças internadas revelaram-se baixos. Ainda assim, cerca de metade da amostra demonstrou uma tendência para desenvolver stress perante a situação de internamento de um recém-nascido numa unidade neonatal.

#### **4.2.2. Relação entre as variáveis sócio demográficas e os níveis de stress parental dos pais de RN internados na Unidade de Neonatologia**

A segunda questão de investigação pretende avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, habilitações literárias, profissão, nº de filhos e idade, constituição do agregado familiar) e o nível de stress apresentado pelos pais dos RN internados na Unidade de neonatologia. No estudo desta relação, foram aplicados testes não paramétricos concretamente o teste de U-Mann-Whitney para variáveis independentes dicotómicas e Kruskal-Wallis para variáveis com mais de dois níveis.

A tabela 10 configura os resultados obtidos.

- Relação entre sexo e níveis de stress percebido

As mulheres reportaram níveis de stress mais elevados do que os homens em todas as dimensões da escala, com uma diferença estatisticamente significativa no domínio RBPP – Relacionamento com o Bebê e o Papel Parental ( $Z = -2.023$ ;  $p = 0.043$ ) e significância marginal a 10% com o fator global ( $Z = 1.813$ ;  $p = 0.070$ ). Nos restantes domínios, embora as diferenças não sejam significativas, observa-se uma tendência consistente de maiores índices de stress no grupo feminino.

- Relação entre Idade e níveis de stress percebido

A variável idade não demonstrou relação estatisticamente significativa com nenhuma das dimensões da escala, com todos os valores de  $p$  superiores a 0.05. As ordenações médias entre os dois grupos etários ( $< 30$  anos e  $\geq 30$  anos) apresentam valores muito próximas, o que indica que o stress parental percebido, no contexto do internamento neonatal, não variou significativamente face à idade dos participantes.

- Relação entre estado civil e níveis de stress percebido

Os participantes que habitam sem companheiro(a) apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões da escala, com diferenças mais acentuadas no domínio RFS – Relacionamento Familiar e Social ( $Z = -1.882$ ;  $p = 0.060$ ) e na pontuação total ( $Z = -1.795$ ;  $p = 0.073$ ), com significância estatística marginal ao nível de 10%.

- Relação entre Habilitações literárias e níveis de stress percebido

A análise revelou uma diferença estatisticamente significativa na dimensão ACBT – Aparência e Comportamento do Recém-nascido e Tratamentos ( $Z = -2.768$ ;  $p = 0.006$ ), sendo os valores mais elevados registados entre os participantes com ensino superior. Este resultado sugere que um maior nível de escolaridade pode estar associado a maior percepção de stress em relação aos procedimentos médicos e ao estado clínico do recém-nascido. As restantes dimensões não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com habilitações literárias até ao 12º ano e os que possuem o ensino superior.

- Relação entre Área profissional e níveis de stress percebido

A comparação entre grupos profissionais indicou uma tendência marginalmente significativa 10% na dimensão ACBT ( $H^2 = 5.735$ ;  $p = 0.057$ ), com os profissionais especializados a registarem os níveis mais elevados de stress. Nas demais dimensões, as diferenças entre grupos não apresentaram significância estatística.

- Relação entre Número de filhos (excluindo o recém-nascido internado) e níveis de stress percebido

Não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre participantes com ou sem filhos adicionais em nenhuma das dimensões. No entanto, verifica-se uma tendência para valores médios mais elevados entre os participantes sem filhos com excepção para o factor ACBT.

- Relação entre Agregado familiar e níveis de stress percebido

A análise dos diferentes tipos de agregado familiar não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão. Ainda assim, os agregados monoparentais apresentaram pesos médios mais elevados em quase todas as dimensões, em especial na dimensão ACBT.

**TABELA 10 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A EASPUN-VM**

	AFS OM	ACBT OM	RBPP OM	RFS OM	Total OM
<b>Sexo</b>					
Feminino	18.24	18.79	19.65	18.76	19.32
Masculino	14.53	13.90	12.93	13.93	13.30
	( $Z=-1.121$ ; $p=0.262$ )	( $Z=-1.474$ ; $p=0.140$ )	( $Z=-2.023$ ; $p=0.043$ )	( $Z=-1.455$ ; $p=0.146$ )	( $Z=-1.813$ ; $p=0.070$ )
<b>Idade</b>					
< 30 anos	15.32	16.95	16.73	16.09	16.41
>= 30 anos	17.12	16.26	16.38	16.71	16.55
	( $Z=-0.519$ ; $p=0.604$ )	( $Z=-0.199$ ; $p=0.843$ )	( $Z=-0.099$ ; $p=0.921$ )	( $Z=-0.179$ ; $p=0.858$ )	( $Z=-0.040$ ; $p=0.968$ )
<b>Estado Civil</b>					
C/ companheiro/a	15.89	16.02	15.61	15.32	15.38
S/ companheiro/a	20.75	19.88	22.75	24.75	24.38
	( $Z=-0.975$ ; $p=0.330$ )	( $Z=-0.770$ ; $p=0.441$ )	( $Z=-1.426$ ; $p=0.154$ )	( $Z=-1.882$ ; $p=0.060$ )	( $Z=-1.795$ ; $p=0.073$ )
<b>Habilitações Literárias</b>					
Até ao 12º ano	16.05	13.41	15.30	16.57	15.09
Ensino Superior	17.50	23.30	19.15	16.35	19.06

	(Z=-0.409;p=0.682)	(Z=-2.768;p=0.006)	(Z=-1.079;p=0.281)	(Z=-0.061;p=0.951)	(Z=-1.261;p=0.207)
<b>Área Profissional</b>					
Prof. Especializados	13.75	23.08	21.25	17.08	20.33
Prof. Serviço/Indústria S/ atividade	16.57	13.43	14.57	15.29	14.43
Teste kruskall Walls	(H=0.463;p=0.793)	(H=5.735;p=0.057)	(H=2.532;p=0.282)	(H=0.434;p=0.805)	(H=2.140;p=0.343)
<b>Nº Filhos (s/RN)</b>					
Sem Filhos	16.94	16.19	17.71	17.73	17.46
Um Filho	15.19	17.44	12.88	12.81	13.63
Teste kruskall Walls	(Z=-0.460;p=0.646)	(Z=-0.327;p=0.744)	(Z=-1.263;p=0.206)	(Z=-1.285;p=0.199)	(Z=-1.001;p=0.317)
<b>Agregado Familiar</b>					
Monoparental	23.00	30.50	21.00	25.00	28.00
Nuclear	16.44	15.28	16.19	15.89	15.52
Alargado	15.25	21.25	17.50	18.50	20.25
Teste kruskall Walls	(H=0.559;p=0.756)	(H=3.719;p=0.156)	(H=0.307;p=0.858)	(H=1.119;p=0.571)	(H=2.439;p=0.295)

Em síntese: os resultados indicam que algumas variáveis sociodemográficas, como o sexo, o estado civil, a escolaridade e a área profissional, estão associadas a diferenças nos níveis de stress parental percebido, com destaque para níveis mais elevados entre mulheres, participantes sem companheiro(a) e com ensino superior. No entanto, a maioria das variáveis não apresentou diferenças estatisticamente significativas, sugerindo que o stress parental em contexto neonatal é multifatorial e não determinado exclusivamente por características sociodemográficas.

#### 4.2.3. Relação entre as variáveis relacionadas com a gestação, parto e RN e os níveis de stress parental dos pais de RN internados na UN

A terceira questão de investigação pretende avaliar a relação entre as variáveis relativas à gestação, parto e ao RN (experiência anterior em neonatologia, gravidez planeada, complicações na gravidez, frequência do curso de preparação para o parto, tipo de parto, idade gestacional e peso do bebé, dias de internamento em neonatologia) e os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia.

Na Tabela 11 são apresentados os resultados que analisam a relação entre variáveis obstétricas e os níveis de stress parental percebido.

- Relação entre Gravidez planeada/ não planeada e níveis de stress percebido

Concluiu-se pelo teste de UMW que não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que planearam vs não planearam a gravidez em nenhuma das dimensões da escala ( $p > 0.05$ ). Contudo, observou-se que os pais que não planearam a gravidez apresentaram níveis mais elevados de stress, especialmente na dimensão RFS – Relacionamento Familiar e Social (OM = 21,29;  $p = 0,126$ ), ainda que sem significância estatística.

- Relação entre Complicações na gravidez e níveis de stress percebido

Os participantes que reportaram complicações durante a gravidez também apresentaram pesos médios mais elevados em todas as dimensões da EASPUN-VM,

particularmente na dimensão RFS (O M = 18.42) e na pontuação total (O M = 18.06). Apesar de não se observarem diferenças estatística significativas ( $p > 0.05$ ), a tendência sugere que o histórico clínico da gravidez poderá ter um impacto relevante na perceção de stress parental, nomeadamente em relação às interações sociais e familiares durante o internamento neonatal.

- Relação entre participação de Curso de preparação para o parto e níveis de stress percebido

A participação em cursos de preparação para o parto não revelou diferenças estatisticamente significativas nos níveis de stress parental ( $p > 0.05$ ). Ainda assim, os pais que frequentaram estes cursos apresentaram ordenações médias ligeiramente superiores em todas as dimensões, com destaque para ACBT (O M = 20.17) e AFS (O M = 20.00).

- Relação entre o Tipo de parto e os níveis de stress percebido

Os pesos médios de stress parental foram semelhantes entre os participantes com partos eutócicos (normais) e distócicos (intervenção médica), não se registando significância estatística ( $p > 0.05$ ). Curiosamente, ao contrário do que seria expectável os pais de cujos partos foram classificados como eutócicos apresentaram níveis médios de stress ligeiramente maiores para o fator global da escala (OM = 16.30).

**TABELA 11 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS RELATIVAS À GRAVIDEZ E PARTO ATUAL E A ESCALA EASPUN-VM**

	AFS OM	ACBT OM	RBPP OM	RFS OM	Total OM
<b>Gravidez Planeada</b>					
Sim	16.10	16.46	16.02	15.16	15.62
Não	17.93	16.64	18.21	21.29	19.64
	(Z=-0.459;p=0.646)	(Z=-0.046;p=0.964)	(Z=-0.548;p=0.584)	(Z=-1.528;p=0.126)	(Z=-1.003;p=0.316)
<b>Complicações na Gravidez</b>					
Sim	17.19	16.86	17.78	18.42	18.06
Não	15.61	16.04	14.86	14.04	14.50
	(Z=-0.478;p=0.633)	(Z=-0.247;p=0.805)	(Z=-0.875;p=0.382)	(Z=-1.312;p=0.190)	(Z=-1.064;p=0.287)
<b>Curso Prep. p/ Parto</b>					
Sim	20.00	20.17	17.08	16.67	18.25
Não	15.69	15.65	16.37	16.46	16.10
	(Z=-1.020;p=0.308)	(Z=-0.342;p=0.732)	(Z=-0.228;p=0.820)	(Z=-0.046;p=0.964)	(Z=-0.228;p=0.820)
<b>Tipo de Parto</b>					
Eutócico	16.93	17.57	15.79	16.36	17.21
Distócico	16.38	16.20	16.70	16.54	16.30
	(Z=-0.138;p=0.891)	(Z=-1.063;p=0.288)	(Z=-0.169;p=0.866)	(Z=-0.048;p=0.961)	(Z=-0.507;p=0.612)

A Tabela 12 reporta os resultados que estabelece a relação entre variáveis relativas ao RN e os níveis de stress parental percebido:

- Relação entre a Idade gestacional ao nascer e nível de stress percebido

Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da idade gestacional em três dimensões da escala. De facto, os pais de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas (prematurados) reportam níveis significativamente mais elevados de stress nas dimensões RBPP – Relacionamento com o Bebê e o Papel Parental ( $Z = -2.017$ ;  $p = 0.044$ ), RFS – Relacionamento Familiar e Social ( $Z = -3.053$ ;  $p = 0.002$ ) e na pontuação total da escala ( $Z = -2.130$ ;  $p = 0.033$ ). Embora a diferença na dimensão AFS não seja estatisticamente significativa ( $Z = 1.853$ ;  $p = 0.064$ ), existe uma tendência que reforça o impacto da prematuridade no stress parental global.

- Relação entre Peso ao nascer e nível de stress percebido

Contrariamente ao que poderia ser esperado, os pais de recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 2500 gramas apresentam níveis mais baixos de stress na dimensão RFS, com diferença estatisticamente significativa ( $Z = -2.721$ ;  $p = 0.007$ ), e diferenças marginais na dimensão RBPP ( $Z = -1.815$ ;  $p = 0.070$ ) e na pontuação total ( $Z = -1.832$ ;  $p = 0.067$ ). Ou seja, os pais de bebés com peso  $\geq 2500$  gramas evidenciam níveis mais elevados de stress, especialmente na dimensão das relações sociais e familiares. Nos restantes domínios, não se verificaram diferenças estatísticas significativas.

- Relação entre tempo de internamento na UN e níveis de stress percebido

Por último, analisou-se a relação entre o tempo de internamento e os níveis de stress parental. Os dados indicam que os pais cujos filhos estiveram internados por mais de 14 dias reportam níveis mais baixos de stress em todas as dimensões, exceto na dimensão ACBT, sendo que apenas a dimensão RFS apresenta diferença estatisticamente significativa ( $Z = -2.230$ ;  $p = 0.026$ ). Estes resultados podem indicar um efeito de adaptação progressiva ao contexto hospitalar, sugerindo uma tendência para níveis globais de stress parental menores em internamentos mais prolongados.

**TABELA 12 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS RELATIVAS AO RN E A EASPUN-VM**

	AFS OM	ACBT OM	RBPP OM	RFS OM	Total OM
IG ao nascer < 37 semanas ≥ 37 semanas	13.97 20.19	16.37 16.69	13.74 20.54	12.32 22.62	13.58 20.77
	( $Z=1.853$ ; $p=0.064$ )	( $Z=-0.096$ ; $p=0.923$ )	( $Z=-2.017$ ; $p=0.044$ )	( $Z=-3.053$ ; $p=0.002$ )	( $Z=-2.130$ ; $p=0.033$ )
Peso RN ao nascer < 2500gr ≥ 2500gr	14.29 19.00	16.94 16.00	13.68 19.70	12.26 21.30	13.65 19.73
	( $Z=1.425$ ; $p=0.154$ )	( $Z=-0.284$ ; $p=0.777$ )	( $Z=-1.815$ ; $p=0.070$ )	( $Z=-2.721$ ; $p=0.007$ )	( $Z=-1.832$ ; $p=0.067$ )
Tempo Internamento UN ≤ 14 dias >14 dias	15.82 14.63	14.59 18.00	16.61 12.44	17.66 9.56	16.70 12.19
	( $Z=-0.330$ ; $p=0.741$ )	( $Z=-0.939$ ; $p=0.348$ )	( $Z=-1.150$ ; $p=0.250$ )	( $Z=-2.230$ ; $p=0.026$ )	( $Z=-1.243$ ; $p=0.214$ )

Em síntese, os resultados sugerem que algumas variáveis relacionadas com a gestação, parto e características do recém-nascido influenciam os níveis de stress parental. Destaca-se a prematuridade, que se associou a níveis significativamente mais elevados de stress em várias dimensões da escala, assim como o tempo de internamento inferior a 14 dias, que esteve relacionado com maior stress, especialmente na dimensão RFS. Por outro lado, os pais de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (< 2500g) apresentaram níveis mais baixos de stress, enquanto os pais de bebés com peso igual ou superior a 2500g evidenciaram maior stress, particularmente na dimensão RFS. Embora outras variáveis como gravidez planeada, complicações gestacionais, tipo de parto ou frequência de cursos de preparação não tenham revelado diferenças estatisticamente significativas, algumas tendências observadas sugerem um possível impacto na perceção do stress parental.

## 5. Discussão

O internamento de um recém-nascido numa Unidade de Neonatologia configura-se como uma experiência profundamente desorganizadora para os pais, interrompendo de forma abrupta as expectativas construídas durante a gravidez e exigindo uma rápida adaptação a um contexto intensamente técnico, desconhecido e emocionalmente desafiante (Soares et al., 2014; Obeidat et al., 2009). O presente estudo procurou caracterizar os níveis de stress parental neste contexto, bem como explorar as associações com variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais, adotando um delineamento quantitativo, descritivo-correlacional.

Metodologicamente, o delineamento quantitativo, transversal e descritivo-correlacional revelou-se adequado para a natureza do fenómeno estudado, permitindo uma caracterização rigorosa do stress parental e das suas associações com outras variáveis. Contudo, a principal limitação reside na reduzida dimensão da amostra ( $n=32$ ), o que compromete a robustez estatística e limita a generalização dos resultados. Adicionalmente, o recurso a uma amostragem por conveniência pode introduzir enviesamentos relacionados com a disponibilidade e características dos participantes. Ainda assim, a fiabilidade interna do instrumento utilizado — a Escala EASPUN-VM — foi elevada ( $\alpha$  de Cronbach = 0,930), o que reforça a validade dos dados recolhidos. Apurou-se ainda que todas as dimensões da EASPUN-VM se correlacionaram positivamente entre si e com o fator global da escala, revelando uma estrutura interna coesa. As associações mais fracas foram observadas entre as dimensões “ACBT” e “AFS” ( $\rho = 0.327$ ), e entre “RFS” e “ACBT” ( $\rho = 0.333$ ), ambas sem significância estatística. Em contrapartida, a correlação mais elevada entre subescalas verificou-se entre “RFS” e “RBPP” ( $\rho = 0.635$ ), com significância estatística elevada. Por fim, todas as subescalas apresentaram correlações estatisticamente significativas com o fator global, destacando-se a dimensão RBPP ( $\rho = 0.861$ ), que explica 74,13% da variância. Estes resultados reforçam a robustez psicométrica da escala para avaliar o stress parental no contexto da neonatologia.

Relativamente à primeira questão de investigação - Qual o nível de stress apresentado pelos pais dos RN internados na Unidade de Neonatologia? - com base nos dados do factor global da escala, observou-se uma média global de stress parental de 38,00% ( $\pm 16.63$ ), o que corresponde a níveis baixos de stress segundo os critérios definidos no estudo, com valores que oscilaram entre 8,50% e 66,00%, evidenciando uma considerável variabilidade individual ( $CV = 43,76\%$ ). Com base na mediana do factor global (37,75%), a amostra foi dividida em dois grupos: sem tendência para desenvolver stress ( $\leq 37.75\%$ ) e com tendência para

desenvolver stress (>37.75%). Os dados revelam que metade da amostra apresenta tendência a desenvolver stress face ao internamento do recém-nascido.

Este dado é clinicamente relevante, mesmo em contextos clínicos considerados menos severos. O local do estudo — uma unidade de neonatologia integrada num Hospital de Apoio Perinatal — pode explicar, em parte, os níveis médios encontrados. Estas unidades recebem, na sua maioria, recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas e menor gravidade clínica, o que poderá ter atenuado a perceção de ameaça e funcionado como fator protetor. Ainda assim, os resultados demonstram que, mesmo neste contexto, os pais experienciam sofrimento emocional significativo.

Na análise os níveis de stress médio por subescalas, as que obtiveram maiores médias foram “Ambiente Físico e Sons” (AFS) e “Aparência e Comportamento do Bebê e Tratamentos” (ACBT), sugerindo que os estímulos sensoriais do ambiente hospitalar — como os ruídos de alarmes — e a perceção de fragilidade do recém-nascido são fontes relevantes de stress, o que vai ao encontro do identificado por Franck (2005), Roque et al. (2017) e Kegler et al. (2023). O item com maior média foi “Quando o meu bebê parece ter dor” (média de 3,16; DP = 1,780), refletindo que a dor neonatal é percecionada pelos pais como altamente perturbadora, o que está em consonância com os estudos de Carter et al. (2007) e Loewenstein (2018).

O sentimento de impotência parental emergiu também como central no stress reportado, evidenciado no item “Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebê” (média de 3,16; DP = 1,725). Esta constatação corrobora os pressupostos do modelo de Holditch-Davis e Miles (2000), que identificam a perda do papel parental como uma das principais fontes de perturbação emocional em contextos de cuidados intensivos.

A subescala “Relacionamento com o Bebê e o Papel Parental” (RBPP), embora com uma média geral mais baixa, integrou os itens com maior carga emocional como “sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebê” (média de 3,16; DP = 1,725), sugerindo que, para os pais, a impossibilidade de exercer plenamente o seu papel é mais stressante do que os aspetos técnicos do internamento. Esta perspetiva é reforçada por autores como Shin (2004) e Voulgaridou et al. (2023), que enfatizam a frustração associada à exclusão dos cuidados diretos ao bebê.

Estes resultados demonstram que, para além dos fatores clínicos objetivos, o stress parental é profundamente mediado pela experiência subjetiva de impotência e pela perceção sensorial da dor e sofrimento do bebê. A presença destas emoções, mesmo em contextos clínicos menos graves, deve ser encarada como sinal de risco psicológico, justificando a implementação de medidas de apoio emocional adequadas.

No que respeita à segunda questão de investigação - Qual a relação existente entre as variáveis sócio demográficas dos pais e os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia? - verificou-se que o sexo dos participantes influenciou significativamente os níveis de stress na dimensão RBPP, com as mulheres a apresentarem valores superiores. Este resultado encontra-se alinhado com os dados da literatura (Carter et al., 2007; Brondani et al., 2024; Roque et al., 2017), que sugerem uma maior vulnerabilidade emocional nas mães, particularmente em relação ao papel parental. No entanto, estudos mais recentes como os de Klein e McDonald (2024) e Palma et al. (2017) mostram uma aproximação entre sexos, dependendo do grau de envolvimento e apoio disponível.

A escolaridade mostrou uma associação significativa com a dimensão ACBT, sendo que participantes com ensino superior apresentaram níveis mais elevados de stress. Esta tendência já foi descrita por Kegler et al. (2023), que sugerem que maior literacia em saúde pode aumentar a perceção de risco.

O estado civil revelou-se um fator pertinente, com participantes sem companheiro(a) a reportarem níveis mais elevados de stress, especialmente na dimensão RFS. Esta evidência encontra apoio nos estudos de Pan et al. (2024) e Lau (2003), que destacam a importância do suporte conjugal na contenção emocional. A ausência de uma rede de apoio efetiva pode aumentar a sobrecarga emocional e dificultar a adaptação ao contexto de internamento.

Quanto à terceira questão de investigação - Qual a relação entre as variáveis relativas à gestação, parto e ao RN e os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia? - os dados confirmam que as variáveis neonatais foram as que apresentaram associações mais evidentes. A prematuridade (<37 semanas) e esteve associada a níveis significativamente superiores de stress nas dimensões RBPP e RFS, o que está em consonância com os estudos de Soghier et al. (2020), Granat et al. (2017) e Carter et al. (2007), que destacam a perceção de fragilidade do bebé como fator de ansiedade parental. Contudo, contrariamente ao esperado, os pais de recém-nascidos com peso ao nascer igual ou superior a 2500 g apresentaram níveis mais elevados de stress na dimensão RFS, comparativamente aos pais de bebés de baixo peso (< 2500 g). Esta discrepância sugere que outros fatores, como as expectativas parentais ou o contexto do internamento, podem influenciar a perceção do stress para além dos indicadores clínicos tradicionais.

Conforme salientam Soghier et al. (2020), mesmo pais de recém-nascidos a termo podem experienciar sintomas depressivos intensos quando o internamento é inesperado, especialmente na ausência de apoio psicológico. Por outro lado, Palma et al. (2017) sugerem

que o stress parental poderá estar mais relacionado com a alteração do papel parental do que com a gravidade clínica do bebé.

Tempos de internamento superiores a 14 dias associaram-se a níveis mais baixos de stress na dimensão RFS. Esta tendência poderá refletir um processo de habituação ao ambiente hospitalar e às rotinas clínicas, conforme descrito por Hames et al. (2021).

No que toca às variáveis obstétricas, não foram identificadas associações estatisticamente significativas. Ainda assim, verificou-se que participantes com gravidez não planeada ou complicações gestacionais apresentaram níveis superiores de stress, particularmente na dimensão RFS. Estes achados corroboram estudos de Carter et al. (2007) e Konukbay et al. (2024), que identificam a ausência de preparação emocional e os eventos adversos como fatores agravantes da experiência parental.

Em termos autocríticos, reconhece-se que a reduzida dimensão da amostra compromete a generalização dos resultados e limita a possibilidade de análise multivariada robusta. A exclusão de casuísticas mais complexas — como recém-nascidos transferidos de outras unidades ou internamentos por motivos sociais — embora metodologicamente justificável, reduz a abrangência do fenómeno observado. O facto de o estudo ter decorrido numa única unidade hospitalar, com características organizacionais e culturais específicas, poderá ainda introduzir vieses contextuais que condicionam a aplicabilidade dos resultados a outros cenários clínicos.

Ainda assim, o estudo permite retirar implicações relevantes para a prática clínica. A identificação de fontes específicas de stress — como os estímulos sonoros, a visualização de procedimentos invasivos ou o sentimento de impotência — deve informar estratégias de intervenção dirigidas, como a redução do ruído ambiental, a promoção de contacto pele a pele (quando clinicamente possível) e o reforço da comunicação empática e contínua entre equipa de saúde e família. A aposta em práticas de cuidado centradas na família, como preconiza a literatura internacional (Carter et al., 2007; Sousa e Curado, 2021), torna-se imperativa, não como complemento, mas como componente essencial da qualidade assistencial.

No plano da investigação futura, recomenda-se o desenvolvimento de estudos com amostras maiores e mais representativas, preferencialmente multicêntricos, que integrem metodologias mistas (quantitativas e qualitativas). Esta abordagem permitiria captar, para além dos dados estatísticos, as narrativas pessoais e subjetivas dos pais, oferecendo uma compreensão mais rica e profunda das dinâmicas emocionais envolvidas. A integração de entrevistas ou grupos focais permitiria, por exemplo, explorar dimensões como a resiliência parental, os mecanismos de coping ou a influência das crenças culturais na vivência do internamento.

Em suma, o presente estudo sublinha que o stress parental em contexto de internamento neonatal é um fenómeno complexo, multifacetado e amplamente mediado pela experiência subjetiva dos cuidadores. Mesmo em contextos clínicos considerados de baixa gravidade, persistem zonas de sofrimento invisível que merecem atenção clínica e análises.

A humanização dos cuidados neonatais, mais do que um imperativo ético, é uma necessidade clínica concreta que exige respostas integradas, sensíveis e culturalmente ajustadas, centradas não apenas no recém-nascido, mas em toda a família enquanto unidade de cuidado.



## Conclusão

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar os níveis de stress parental em pais de recém-nascidos internados numa Unidade de Neonatologia e analisar a sua relação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais, recorrendo à Escala de Avaliação do Stress Parental na Unidade Neonatal - EASPUN-VM/NUPS-PT.

Os dados obtidos permitiram dar resposta às questões de investigação e cumprir os objetivos inicialmente definidos. Verificou-se que, embora os níveis globais de stress parental apresentem valores baixos, cerca de metade da amostra manifestou tendência a desenvolver stress face ao internamento do recém-nascido. O que revela a relevância clínica do fenómeno, mesmo em unidades de menor complexidade. Os resultados apontam que os domínios mais perturbadores estão associados à perceção de dor e desconforto do recém-nascido e à limitação sentida pelos pais no exercício do seu papel, traduzindo um impacto emocional significativo relacionado com a separação física, o ambiente hospitalar e o sentimento de impotência.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, ainda que a maioria não tenha evidenciado associações estatisticamente significativas com os níveis globais de stress, algumas apresentaram relevância em domínios específicos. As mulheres reportaram níveis mais elevados de stress na dimensão "Relacionamento com o Bebé e Papel Parental", sugerindo uma maior vulnerabilidade emocional materna. Participantes com ensino superior revelaram níveis superiores de stress na dimensão "Aparência e Comportamento do Bebé e Tratamentos", possivelmente devido a uma maior literacia em saúde e sensibilidade à informação clínica. Verificou-se ainda uma tendência para maior stress em pais sem companheiro(a), o que poderá refletir a influência do suporte conjugal na regulação emocional.

Quanto às variáveis obstétricas, embora não se tenham verificado associações estatisticamente significativas, observou-se, de forma descritiva, maior stress em casos de gravidez não planeada ou com complicações gestacionais. Estes dados, embora inconclusivos, sugerem a pertinência de explorar, em estudos futuros, o impacto da preparação emocional e das adversidades gestacionais no stress parental.

As variáveis neonatais foram, entre todas, as que evidenciaram relações mais consistentes com os níveis de stress parental. A prematuridade esteve associada a níveis significativamente mais elevados de stress nas dimensões emocionais e relacionais, evidenciando que a perceção de fragilidade clínica do bebé amplifica os sentimentos de vulnerabilidade dos pais. Contrariamente ao esperado, o peso ao nascer não revelou uma associação linear com o stress, sendo os níveis mais elevados observados em pais de recém-

nascidos com peso igual ou superior a 2500 g na dimensão relacional, sugerindo que outros fatores, como as expectativas parentais ou o contexto do internamento, poderão influenciar a percepção do stress. De forma interessante, internamentos superiores a 14 dias associaram-se a níveis ligeiramente mais baixos de stress na dimensão relacional, o que poderá refletir um processo de habituação ao ambiente hospitalar, embora este fenómeno deva ser interpretado com cautela.

Do ponto de vista psicométrico, a EASPUN-VM revelou-se um instrumento robusto, com elevada consistência interna e estrutura fatorial bem definida. As correlações positivas entre todas as subescalas e o fator global da escala confirmaram a coesão interna do instrumento e a sua adequação à avaliação do stress parental no contexto da neonatologia.

Em termos de limitações, destaca-se a reduzida dimensão amostral ( $n = 32$ ), que condiciona a generalização dos resultados e limita a aplicação de análises estatísticas mais complexas. A utilização de uma amostragem por conveniência e a realização do estudo numa única unidade hospitalar poderão também ter introduzido vieses de seleção. Acresce ainda a ausência de variáveis emocionais e contextuais, como suporte social, estratégias de coping ou histórico de saúde mental dos cuidadores, que poderiam ter enriquecido a compreensão do fenómeno.

Apesar dessas limitações, este estudo representa um contributo relevante para o conhecimento científico e para a prática clínica em neonatologia. Identificaram-se fontes específicas de stress, dimensões críticas da vivência emocional dos pais e fatores clínicos de maior impacto, oferecendo dados úteis para o desenho de intervenções dirigidas. A evidência obtida reforça a necessidade de implementar estratégias de apoio emocional precoce e individualizado, centradas nas necessidades dos pais e adaptadas à realidade de cada unidade.

O papel do enfermeiro, neste contexto, assume particular importância. Enquanto profissional com maior proximidade e permanência junto das famílias, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para reconhecer sinais precoces de stress, proporcionar suporte emocional, fomentar o envolvimento dos pais nos cuidados e atuar como elo facilitador da comunicação entre a equipa de saúde e os cuidadores. Modelos como os cuidados centrados na família ou o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) devem ser progressivamente integrados como práticas de referência, promovendo a humanização dos cuidados e a construção de um ambiente mais seguro, afetivo e colaborativo.

Para investigações futuras, recomenda-se o alargamento da amostra, a inclusão de múltiplas unidades hospitalares e a utilização de metodologias longitudinais que permitam

acompanhar a evolução do stress ao longo do internamento e após a alta. Será também pertinente integrar abordagens qualitativas, de modo a aceder às experiências subjetivas dos pais, bem como incluir variáveis emocionais, sociais e culturais que influenciam a vivência do internamento. A avaliação da eficácia de programas psicoeducativos e psicossociais focados no apoio parental constitui igualmente uma via promissora para futuras investigações.

Em síntese, o estudo confirma que o stress parental em contexto neonatal é um fenómeno complexo, multifatorial e amplamente influenciado pela interação entre as características do recém-nascido e os recursos emocionais dos cuidadores. A sua identificação precoce e abordagem adequada são essenciais para a promoção da saúde mental parental e para a criação de um ambiente de cuidados verdadeiramente centrado na família. O bem-estar dos pais, longe de ser um elemento periférico, constitui um pilar fundamental na qualidade assistencial e no desenvolvimento saudável do recém-nascido.



## Referências Bibliográficas

- Abidin, R. (1992). *The Determinants of Parenting behavior*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407–412. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104\\_12](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12)
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2017) - *Recomendações Técnicas para Serviços de Neonatologia*. RT 11/ 2017. Lisboa. Acedido a 21/10/2024 em [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Neonatologia\\_11\\_2017.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf)
- Affleck, G.; Tennen, H. (1991). *The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being*. *Child Health Care* 20(1), 6–14. [https://doi.org/10.1207/s15326888chc2001\\_2](https://doi.org/10.1207/s15326888chc2001_2)
- Aftyka, A., Rosa, W., Wróbel, A., Rybojad, B., & Karakuła-Juchnowicz, H. (2017). Risk factors for the development of posttraumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4436–4445. <https://doi.org/10.1111/jocn.13773>
- Andrade, M. M. (2010). *Introdução à metodologia do trabalho científico: Elaboração de trabalhos na graduação* (10.<sup>a</sup> ed.). Editora: Atlas. Acedido em: <https://dokumen.pub/introducao-a-metodologia-do-trabalho-cientifico-elaboracao-de-trabalhos-na-graduacao-9788522458561-9788522478392.html>
- Balbino, F. S., Meschini, G. F. G., Balieiro, M. M. F. G.; Mandetta, M. A. (2016). *Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal*. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 6(1), 84–92. <https://doi.org/10.5902/2179769216340>
- Barbosa, A. I. (2013). *Dissertação de Mestrado: Método Canguru: Conhecimentos, Crenças e Práticas dos Enfermeiros*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedida em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9todo%20Canguru%20Conhecimentos%20Cren%C3%A7as%20e%20Pr%C3%A1ticas%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Bellhouse, C., Komiti, A., Temple-Smith, M., Bilardi, J., & Newman, L. (2021a). *A psychological group intervention for high-risk pregnant women: a protocol of a feasibility and acceptability study of the STAR Mums program*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(4), 342–351. Jan 2021. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1880001>
- Bellhouse, C., Newman, L., Bilardi, J. E., & Temple-Smith, M. (2021b). *A systematic narrative review of psychological interventions available in the antenatal period to prepare*

*parents for parenting*. *Current Psychology*, 42(11), 8733– 8746. August 2021  
<https://doi.org/mk43>

Belsky, J. (2014). *Social-Contextual Determinants of Parenting*. In: Tremblay, Boivin, M. Peter RDeV, EDS. Tremblay RE, topi ed. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, <https://www.child-encyclopedia.com/parenting-skills/according-experts/social-contextual-determinants-parenting>, Update: December 2014. Accessed December 4, 2024.

Brazelton, T. (2013). *O Grande Livro da Criança* (13a). Editorial Presença

Broedsgaard, A.; Wagner, L. (2005). *How to facilitate parents and their premature infant for the transition home*. *International nursing review*, 52(3), 196–203.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00414.x>

Brondani, A. S., Jantsch, L. B.; Jacobi, L. F. (2024). *Fatores associados ao estresse parental em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo transversal*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 24, e20230292. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202400000292>

Buys, Lauren Mildred (2013). *Stress experienced by mothers of neonates in a private hospital nicu*. Master degree os Science in Nursing. Johannesburg: University of the Witwatersrand. Acedido em <https://wiredspace.wits.ac.za/server/api/core/bitstreams/e671d729-1866-40f1-a410-411aedfb71ea/content>, em dezembro de 2024.

Callen, J., Pinelli, J., Atkinson, S.; Saigal, S. (2005). *Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the hospital and postdischarge*. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 5(2), 93–103. <https://doi.org/10.1016/j.adnc.2004.12.005>

Callery, P. (2002). Mothers of infants in neonatal nurseries had challenges in establishing feelings of being a good mother. *Evidence Based Nursing*, 5, 91 - 91.  
<https://doi.org/10.1136/ebn.5.3.91>

Canelas, Ana Isabel Mendes (2019). *A Relação entre Coparentalidade e Stress Parental*. Universidade de Évora. Escola de Ciências Sociais Departamento de Psicologia. Mestrado em Psicologia Área de Especialização | Psicologia Clínica, acedido em [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/25586/1/Mestrado-Psicologia\\_CI%C3%ADnica-Ana\\_Isabel\\_Mendes\\_Canelas-A\\_rela%C3%A7%C3%A3o\\_entre\\_coparentalidade\\_e\\_stress\\_parental.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/25586/1/Mestrado-Psicologia_CI%C3%ADnica-Ana_Isabel_Mendes_Canelas-A_rela%C3%A7%C3%A3o_entre_coparentalidade_e_stress_parental.pdf)

Caporali, C., Pisoni, C., Gasparini, L., Ballante, E., Zecca, M., Orcesi, S.; Provenzi, L. (2020). *A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-*

- analytic study*. Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association, 40(12), 1739–1752. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6>
- Carter, J. D., Mulder, R. T.; Darlow, B. A. (2007). *Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors*. Personality and Mental Health, 1(1), 40–50. <https://doi.org/10.1002/pmh.4>
- Carter, J. D.; Mulder, R. T.; Darlow, B. A. (2019). Parental stress in the neonatal intensive care unit: A systematic review. Early Human Development, 131, 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.02.007>
- Cathee, Huber, Cathee; Holditch-Davis, Diane; Brandon, Debra. (1993). *High-Risk Preterm Infants at 3 Years of Age: Parental Response to the Presence of Developmental Problems*, Children's Health Care, 22:2, 107-124, DOI: 10.1207/s15326888chc2202\_3
- Chiejina, E.N.; Ebenebe, R. C. (2014). *Hospitalized Infants in NICU: correlates of Parental Stress to NICU environment*. International Journal of Latest Research in Science and Technology ISSN (Online):2278-5299 Volume 3, Issue 4: Page No.72-77 (2014).  
Acedido em [https://www.mnkjournals.com/journal/ijlrst/pdf/Volume\\_3\\_4\\_2014/10357.pdf](https://www.mnkjournals.com/journal/ijlrst/pdf/Volume_3_4_2014/10357.pdf)
- Chourasia, N., Surianarayanan, P., Adhisivam, B., & Vishnu Bhat, B. (2013). *NICU admissions and maternal stress levels*. Indian journal of pediatrics, 80(5), 380–384. <https://doi.org/10.1007/s12098-012-0921-7>
- Chura, M. Y. F.; Caballero, E. J. R. (2023). Parental stress and perception of parental nursing care in neonatology. *Pensamiento Americano*, 16(32), e-525. <https://doi.org/10.21803/penamer.16.32.525>
- Coutinho, C. P. (2023). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática* (2.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Edições Almedina.
- Crnic, K. A.; Greenberg, M. T. (1990). *Minor parenting stresses with young children*. Child Development, 61, 1628-1637. Acedido em [https://www.jstor.org/stable/1130770?seq=1&cid=pdfreference#references\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/1130770?seq=1&cid=pdfreference#references_tab_contents) em dezembro de 2024.
- Crnic, K.; Low, C. (2002). *Everyday Stresses and Parenting*. In B. Webber (Ed.), Handbook of Parenting (2a ed., Vol. 5, p. 545). Londres: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Cronin, S., Becher, E. H., Christians, K. S., Maher, M.; Dibb, S. (2015). *Parents and Stress: Understanding Experiences, Context and responses*. Children, Youth & Family Consortium, pp. 1-17. Minnesota. Acedido em <https://conservancy.umn.edu/server/api/core/bitstreams/f41afa97-3d19-4772-862b-d511bf973a20/content> em dezembro de 2024.

- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). *The impact of very premature birth on the psychological health of mothers*. *Early human development*, 73(1-2), 61–70. [https://doi.org/10.1016/s0378-3782\(03\)00073-2](https://doi.org/10.1016/s0378-3782(03)00073-2)
- de Witte, M., Pinho, A. da S., Stams, G.J., Moonen, X., Bos, A.E.R., van Hooren, S., (2022). Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol. Rev.* 16 (1), 134–159. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1846580>
- Deater-Deckard, K. (1998). *Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Diaz, Z.M.; Fernandes, S. M. G. C.; Correia, S. (2014). *Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV série (3), 85-93. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283 <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>
- Doering, L. V., Dracup, K., & Moser, D. (1999). *Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high-risk infants in the neonatal intensive care unit*. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 19(2), 132–137. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7200083>
- Dwivedi, M; Singh, A.; Kirti, N. (2021). *Impact of Neonatal Counselling on Parental Stress in a Neonatal Intensive Care Unit: A Quasi-experimental Study*. *Indian Journal of Neonatal Medicine and Research*. 2021 Jul, Vol-9(3): PO01-PO05. DOI: 10.7860/IJNMR/2021/50625.2300. Acedido em [https://www.ijnmr.net/articles/PDF/2300/50625\\_CE\[Ra1\]F\(SHU\)\\_PF1\(AG\\_SHU\)\\_PN\(KM\).pdf](https://www.ijnmr.net/articles/PDF/2300/50625_CE[Ra1]F(SHU)_PF1(AG_SHU)_PN(KM).pdf)
- Enke, C.; Oliva Y.; Hausmann, A.; Miedaner, F., Roth, B.; Woopen, C. (2017). *Communicating with parents in neonatal intensive care units: The impact on parental stress*. *Patient education and counseling*, 100(4), 710–719. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.017>
- Faber, J., Fonseca, L. M. (2014). *How sample size influences research outcomes*. *Dental press journal of orthodontics*, 19(4), 27–29. <https://doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.027-029.ebo>
- Feeley, N.; Waitzer, E., Sherrard, K., Boisvert, L.; Zelkowitz, P. (2013). *Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalised in the neonatal intensive care unit*. *Journal of clinical nursing*, 22(3-4), 521–530. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04231.x>
- Fernandes, N. G. V.; Silva, E. M. B. (2015). *Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (No 4), 107–115. <https://doi.org/10.12707/RIV14032>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4.<sup>a</sup> ed.). Sage.

- Figueira, Ana Isabel Correia (2022). Relatório Final de Estágio: *Dificuldades dos Pais de Recém-Nascidos Pré-Termo no Ajustamento ao Papel Parental*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Acedido em file:///C:/Users/PC/Downloads/D2021\_10004023001\_21940002\_1%20(1).pdf
- Franck, L. S.; Cox, S.; Allen, A.; Winter, I. (2005). *Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress*. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 608–615. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x>
- Franck, L. S.; O'Brien, K. (2019). *The evolution of family-centered care: From supporting parent-infant separation to empowering families as primary caregivers*. *Birth Defects Research*. 2019; 111: 1044–1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521>
- Furr, R. M.; Bacharach, V. R. (2014). *Psychometrics: An introduction* (2nd ed.). SAGE Publications
- Ganguly, R., Patnaik, L., Sahoo, J., Pattanaik, S.; Sahu, T. (2020). *Assessment of stress among parents of neonates admitted in the neonatal intensive care unit of a tertiary care hospital in Eastern India*. *Journal of education and health promotion*, 9, 288. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_169\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_169_20)
- Ginsberg, K. H.; Alsweller, J.; Alyami, M.; Serlachius, A. (2023). *Mindfulness and Relaxation-Based Interventions to Reduce Parental Stress, Anxiety and/or Depressive Symptoms in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review*. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 30(2), 387–402. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09902-8>
- Golbidi, S., Frisbee, J. C.; Laher, I. (2015). *Chronic stress impacts the cardiovascular system: animal models and clinical outcomes*. *American journal of physiology. Heart and circulatory physiology*, 308(12), H1476–H1498. <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00859.2014>
- Gomes, A. P. R. S.; Souza, V C.; Araujo, M. O. (2020). *Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva no Brasil: uma revisão integrativa da literatura*. *HU Revista*, 46, 1–7. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.28791>
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). *Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact*. *Seminars in perinatology*, 35(1), 20–28. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>
- Govindaswamy, P.; Laing, S.; Waters, D.; Walker, K., Spence, K.; Badawi N. (2019). *Needs and stressors of parents of term and near-term infants in the NICU: A systematic review with best practice guidelines*, *Early Human Development*, Volume 139, 2019,104839, ISSN 0378-3782. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104839>.

- Granat, A., Gadassi, R., Gilboa-Schechtman, E.; Feldman, R. (2017). *Maternal depression and anxiety, social synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions*. *Emotion* (Washington, D.C.), 17(1), 11–27. <https://doi.org/10.1037/emo0000204>
- Hames, J. L., Gasteiger, C., McKenzie, M. R., Rowley, S., Serlachius, A. S., Juth, V., & Petrie, K. J. (2021). *Predictors of parental stress from admission to discharge in the neonatal special care unit*. *Child: Care, Health and Development*, 47(2), 243–251. <https://doi.org/10.1111/cch.12829>
- Heerman, A.; Wilson, M. E.; Wilhelm, P. A. (2005). *Mothers in the NICU: Outsider to partern*. *Pediatric Nursing*, 31(3), 176-200. Acedido em <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=711848d7-5fc9-4de2-a243-09c83d688a4f%40redis>, a 28/11/2024
- Henriques, C.; Santos, M. L.; Caceiro, E.; Ramalho, S. (2015). *Determinantes na transição para a parentalidade*. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, (Spe. 2). <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0010>
- Heydarpour, S., Keshavarz, Z.; Bakhtiari, M. (2016). *Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study*. *Original Research: Empirical Research – Qualitative*, 73(1), 138-148. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.13099> Acedido em dezembro de 2024.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9a). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. Rodgers, C.C. (2018). *Fundamentos da Enfermagem Pediátrica*. 10ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018
- Holditch-Davis, D., Miles, M. S., Weaver, M. A., Black, B., Beeber, L., Thoyre, S.; Engelke, S. (2009). *Patterns of distress in African-American mothers of preterm infants*. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 30(3), 193–205. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181a7ee53>
- Holditch-Davis, D., White-Traut, R. C., Levy, J. A., O'Shea, T. M., Geraldo, V.; David, R. J. (2014). *Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship*. *Infant behavior & development*, 37(4), 695–710. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.08.005>
- Holditch-Davis, D.; Bartlett, T.R.; Blickman, A.L.; Miles, M.S. (2003) *Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Volume 32, Issue2, 2003, pages: 161-71. <https://doi.org/10.1177/0884217503252035>

- Holditch-Davis, Diane; Miles, Margaret. (2000). *Mothers' Stories about Their Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit*. Neonatal network: NN. 19. 13-21. DOI: 10.1891/0730-0832.19.3.13
- Hughes, M.-A., & McCollum, J. (1994). Neonatal Intensive Care: Mothers' and Fathers' Perceptions of What Is Stressful. *Journal of Early Intervention*, 18(3), 258-268. <https://doi.org/10.1177/105381519401800302>
- Hutchfield K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 29(5), 1178–1187. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00987.x>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. (Autor, Ed.) Lisboa.
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's journal of psychology*, 12(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Jafarzadeh, Z. A.; Maghsoudi, J.; Barekatin, B.; Marofi, M. (2019). *Effect of Telenursing on Attachment and Stress in Mothers of Preterm Infants*. *Iranian Journal of Neonatology*, 10(1), 65-71. doi: 10.22038/ijn.2018.29890.1406
- Johnston, C. C.; Stevens, B. J.; Yang, F.; Horton, L. (1995). *Differential response to pain by very premature neonates*. *Pain*, Volume 61, Issue 3, 1995, Pages 471-479, ISSN 0304-3959, [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00213-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00213-X).
- Joshi, A., Agarwal, B., Saini, V., & Javvaji, C. K. (2024). *Assessment of Stress and Anxiety in Parents of Neonates Admitted in a Tertiary Care Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*. *Cureus*, 16(8), e66100. <https://doi.org/10.7759/cureus.66100>
- Kawafha, M. M. (2018). *Parental stress in the neonate intensive care unit and its association with parental and infant characteristics*. *Journal of Neonatal Nursing*. Volume 24, Issue 5. Pages 266-272. ISSN 1355-1841. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.05.005>
- Kegler, J. J., Batista, B. D., & Ferreira, D. C. M. (2023). *Fatores associados ao estresse parental em unidade de terapia intensiva neonatal*. *Revista Brasileira de Enfermagem*: 76, e20220871. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02061>
- Klein, C. C., & McDonald, N. M. (2024). Parenting stress following a neonatal intensive care unit hospitalization: A longitudinal study of mothers and fathers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(8), 970. <https://doi.org/10.3390/ijerph21080970>

- Konukbay, D.; Vural, M.; Yildiz, D. (2024). *Parental stress and nurse-parent support in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional study*. BMC Nurs **23**, 820 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02458->
- Lantz, B.; Ottosson, C. (2013). *Parental interaction with infants treated with medical technology*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, *27*(3), 597–607. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-6712.2012.01061.x>
- Lau, R.; Morse, C.A. (2003). *Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery*. Stress and Health *19*, Pages 69-78. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/smi.964>
- Lefkowitz, D. S.; Baxt, C.; Evans, J. R. (2010). *Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*. Journal of clinical psychology in medical settings, *17*(3), 230–237. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9202-7>
- Legge, A. A.; Middleton, J. L.; Reid, S.; Gordon, A. (2023). *Implementation of a Web Camera System in an Australian Neonatal Intensive Care Unit: Pre- and Postevaluation of the Parent and Staff Experience*. JMIR pediatrics and parenting, *6*, e47552. <https://doi.org/10.2196/47552>
- Lei n. °21/2014 de 16 de abril. Diário da República n. °75/2014 – I Série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lim, C.; Keng, Soon; Pubalan, Jayah K. (2017). *Parental stress and its influencing factors in the neonatal intensive care unit*. International Journal of Public Health and Clinical Sciences. *4*. 2289-7577. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/328415452\\_PARENTAL\\_STRESS\\_AND\\_ITS\\_INFLUENCING\\_FACTORS\\_IN\\_THE\\_NEONATAL\\_INTENSIVE\\_CARE\\_UNIT](https://www.researchgate.net/publication/328415452_PARENTAL_STRESS_AND_ITS_INFLUENCING_FACTORS_IN_THE_NEONATAL_INTENSIVE_CARE_UNIT)
- Liu, W., Anderson, D.; Forgeron, P. (2019). *Environmental noise control strategies in the neonatal intensive care unit: A systematic review*. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, *33*(3), 265-276. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000413>
- Loewenstein, K. (2018). *Parent psychological distress in the neonatal intensive care unit within the context of the social ecological model: A scoping review*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, *24*(6), 495–509. <https://doi.org/10.1177/1078390318765205>
- Luís, Maria Emanuel Figueirinhas. (2016). *Stress Parental e suas implicações na dinâmica familiar: estudo em mães e pais às 6 semanas após o parto*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, curso de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Acedido em [file:///C:/Users/PC/Downloads/D2015\\_10002122014\\_21319005\\_1%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/D2015_10002122014_21319005_1%20(4).pdf)

- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8ªed). São Paulo: Atlas
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7.ª ed.). Lisboa: ReportNumber
- Martin; A.E.; D'Agostino, J.A.; Passarella, M.; Lorch; S.A. (2016). *Racial differences in parental satisfaction with neonatal intensive care unit nursing care*. *J Perinatol*. 2016 Nov;36(11):1001-1007. doi: 10.1038/jp.2016.142. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27583386; PMCID: PMC5079824.
- Martins, C. D. F. H. S., Costa, S. C., Melo, A. G.; Torres, A. S. P. (2022). *Humanização e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa*. *Revista Família, Saúde e Desenvolvimento*, 4(1), 1–11. <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/164>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company. Acedido em [https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf), a 15/1/2025
- Meleis, A. I. (2017). *Theoretical nursing: Development and progress* (6ª ed.). Wolters Kluwer
- Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K.; Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/gfzq2w>
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., Stone, P. W., Small, L., Tu, X.; Gross, S. J. (2006). *Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial*. *Pediatrics*, 118(5), e1414–e1427. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2580>
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., & Gross, S. J. (2006). *Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the COPE NICU program: A randomized controlled trial*. *Pediatrics*, 118(5), e1414–e1427. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2580>
- Mendelson, T.; Cluxton-Keller, F.; Vullo, G. C.; Tandon, S. D.; Noazin, S. (2017). *NICU-based Interventions To Reduce Maternal Depressive and Anxiety Symptoms: A Meta-analysis*. *Pediatrics*, 139(3), e20161870. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1870>
- Mercer, R. T.; Ferketich, S. L. (1990). *Predictors of parental attachment during early parenthood*. *Journal of advanced nursing*, 15(3), 268–280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01813.x>

- Miles M.S., Funk S.G.; Kasper M.A. (1992). *The stress response of mothers and fathers of preterm infants*. *Research in Nursing and Health* 15, 261–269. <https://doi.org/10.1002/nur.4770150405>
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Carlson, J. (1993). Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nursing Research*, 42(3), 148–152. <https://doi.org/10.1097/00006199-199305000-00005>
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1999). The stress response of mothers and fathers of preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 15(4), 261–269. <https://doi.org/10.1002/nur.4770150406>
- Miles, Margareth Shandler. (1989). *Parents of critically ill premature infants: sources of stress*. *Critical care nursing quarterly*, 12(3), 69–74. <https://doi.org/10.1097/00002727-198912000-00008>
- Montirosso, R., Provenzi, L., Calciolari, G., Borgatti, R., & NEO-ACQUA Study Group (2012). *Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs*. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 101(2), 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x>
- Murphy, Kevin R.; Davidshofer, Charles O. (1988). *Psychological Testing: Principles and Applications*. Prentice Hall.
- Noergaard, B.; Ammentorp, J.; Garne, E.; Fenger-Gron, J.; Kofoed, P. E. (2018). *Fathers' Stress in a Neonatal Intensive Care Unit*. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 18(5), 413–422. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000503>
- Nurlaila et al. (2023). Interventions to reduce parental stress and increase readiness of parents with preterm infants in the neonatal intensive care unit: A scoping review. *Journal of Neonatal Nursing*, Volume 29, Issue 4, Pages 595-601; ISSN 1355-1841; <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.12.002>.
- O'Brien, K., Bracht, M., Robson, K. *et al* (2015). Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatr* 15, 210 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0527-0>
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., & Lee, S. K. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: A multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(4), 245–254. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-7)
- Obeidat, H. M.; Bond, E. A.; Callister, L. C. (2009). *The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit*. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23–29, doi: 10.1624/105812409X461199

- Ong, S. L.; Abdullah, K. L.; Danaee, M.; Soh, K. L.; Soh, K. G.; Lee, D. S. K.; Hussin, E. O. D. (2019). *The effectiveness of a structured nursing intervention program on maternal stress and ability among mothers of premature infants in a neonatal intensive care unit*. *Journal of clinical nursing*, 28(3-4), 641–649. <https://doi.org/10.1111/jocn.14659>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização*. Edição: Ordem dos Enfermeiros – dezembro 2015
- Padilla, J. P.; Álvarez-Dardet, S. M.; Hidalgo, M. V. (2014). *Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales*. *Psychosocial Intervention* 23 (2014) 25-32. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L. Doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2014a3>
- Palma I, E., Von Wussow K, F., Morales B, I., Cifuentes R, J., & Ambiado T, S. (2017). *Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal [Stress in parents of hospitalized newborns in a neonatal intensive care unit]*. *Revista chilena de pediatría*, 88(3), 332–339. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300004>
- Pan, I-Ju; Kao, Hui-Tzu; Liu, Yi-Hui (2024). *Exploring of Parental Stress and Anxiety and Its Influencing Factors in Parents of Premature Infants*. *Nur Primary Care*. 2024; 8(4): 1-8. Acedido em: <https://www.scivisionpub.com/pdfs/exploring-of-parental-stress-and-anxiety-and-its-influencing-factors-in-parents-of-premature-infants-3422.pdf>
- Parfitt, Y.; Ayers, S. (2014). *Transition to parenthood and mental health in first-time parents*. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263–273. <https://doi.org/f54ttm>
- Perehudoff, B. E. (1987). *Parents' perceptions of environmental stressors in the special care nursery*. University of British Columbia. <https://dx.doi.org/10.14288/1.0096849>. Acedido em <https://open.library.ubc.ca/soa/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0096849>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- PORTUGAL.Direcção-Geral da Saúde (2001). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil*. – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001. – 72 p. Acedido em: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/redereferenciacaomaternoinfantil.pdf>
- Prouhet, Paula M.; Gregory, Mary R.; Russell, Cynthia L.; Yaeger, Lauren H. (2018). *Fathers' Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review*. *Advances in Neonatal Care* 18(2): p 105-120, April 2018. | DOI: 10.1097/ANC.0000000000000472
- Qahfarakhi, S.; Heidari, H; Choopani, R.; Aein, F. (2022). *The Effect of an Educational Intervention Based on Gratitude on the Stress and Mental Health of Mothers of Preterm*

*Infants Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit*. Health, Spirituality and Medical Ethics. 9. 197-206. 10.32598/hsmej.9.4.219.3.

Ramos, F. P.; Enumo, S. R. F.; Paula, K. M. P. (2017). *Maternal coping with baby hospitalization at a Neonatal Intensive Care Unit*. Paidéia (Ribeirão Preto), 27(67), 10-19. <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201702>

Reid, T.; Bramwell, R.; Booth, N.; Weindling, A.M. (2007). *A new stressor scale for parents experiencing neonatal intensive care: the NUPS (Neonatal Unit Parental Stress) scale*, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 25:1, 66-82, DOI: 10.1080/02646830601117258

Rondó, P. H., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C., Lobert, H.; Artes, R. (2003). *Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation*. European journal of clinical nutrition, 57(2), 266–272. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601526>

Roque, A. T. F.; Lasiuk, G. C.; Radünz, V.; Hegadoren, K. (2017). *Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU*. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN, 46(4), 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>

Sabnis, A.; Fojo, S.; Nayak, S.S.; Lopez, E.; Derjung, M. Tarn; Zeltzer L. (2019). *Reducing parental trauma and stress in neonatal intensive care: systematic review and meta-analysis of hospital interventions*. J Perinatol. 2019 Mar;39(3):375-386. doi: 10.1038/s41372-018-0310-9.

Santos, Carla Isabel Pires (2014). *Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale-Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa*. Escola superior de enfermagem de Coimbra. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Santos, Vanessa Alexandra Bernardo (2008). *Stress Parental e Práticas Parentais em Mães de Crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Acedido em [https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/695/1/17675\\_Dissertacao\\_Mestr\\_Integ\\_Psic\\_Vanessa\\_Santos.pdf](https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/695/1/17675_Dissertacao_Mestr_Integ_Psic_Vanessa_Santos.pdf)

Saxbe, D.; Rossin-Slater, M.; Goldenberg, D. (2018). *The Transition to Parenthood as a Critical Window for Adult Health*. American Psychologist, 73, 1190-1200. <https://doi.org/gjhd3r>

Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). *The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42(4), 316–321. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0168-1>

- Shaw, R.J., Bernard, R.S., Storfer-Isser, A. *et al.* (2013). *Parental Coping in the Neonatal Intensive Care Unit*. *J Clin Psychol Med Settings* 20, 135–142 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9328-x>
- Shetty, A. P., Halemani, K., Issac, A., Thimmappa, L., Dhiraaj, S., K, R., Mishra, P., & Upadhyaya, V. D. (2024). *Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis*. *Clinical and experimental pediatrics*, 67(2), 104–115. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00486>
- Shin, H.J. (2004). *Situational meaning and maternal self-esteem in mothers with high risk newborn*. *J. Korean Acad Nurs.* 2004 Feb;34(1):93-101 <https://doi.org/10.4040/jkan.2004.34.1.93>
- Silva, Joana Maria Fernandes da (2021) *Stresse Parental em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Relação com a Sistematização dos Cuidados Desenvolvimentais*. VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, escola superior de enfermagem de Coimbra, Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Singer, LT; Salvator, A; Guo, S.; Collin, M.; Lilien, L.; Baley, J. (1999). *Maternal Psychological Distress and Parenting Stress After the Birth of a Very Low-Birth-Weight Infant*. *JAMA*. 1999;281(9):799–805. doi:10.1001/jama.281.9.799
- Skene, C.; Franck, L.; Curtis, P.; Gerrish, K, (2012). *Parental Involvement in Neonatal Comfort Care*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Volume 41, Issue 6, Pages 786-797, ISSN 0884-2175. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x>.
- Soares, L. O.; Santos, R. F.; Gasparino, R. C. (2010). *Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 644-50. Acedido em <https://www.scielo.br/j/tce/a/B5qDx93KbFRMJkZj94DF3fM/?format=pdf&lang=pt>
- Soares, L.; Lima, V.; Soares, L.; Baratieri, T.; Botti, M. (2014). *Nursing in neonatal intensive care: the look of the families*. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 15(1), pp. 12-21. doi:10.15253/2175-6783.2014000100003
- Soghier, L. M., Kritikos, K. I., Carty, C. L., Glass, P., Tuchman, L. K., Streisand, R., & Fratantoni, K. R. (2020). *Parental Depression Symptoms at Neonatal Intensive Care Unit Discharge and Associated Risk Factors*. *The Journal of pediatrics*, 227, 163–169.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.040>

- Sousa, F. M. R. P. C.; Curado, M. A. S. (2020). *Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia: revisão scoping*, Pensar Enfermagem | Vol. 24 | N.º 2 | 2º Semestre de 2020. DOI:10.56732/pensarenf.v24i2.174
- Sousa, F. M. R. P. C.; Curado, M. A. S. (2021). *Escala de avaliação do stress parental na unidade de neonatologia: Validação estatística para a população portuguesa*. EnfermeriaGlobal Nº 64 Outubro 2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Sousa, Fátima Maria Relvas Pacheco Calado (2020). *Experiências de Parentalidade As respostas dos pais ao stress na Unidade de Cuidados Neonatais*. Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. ESEL: Lisboa, 2020. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37126>
- Souza, S. R. de. (2012). *Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem]. Repositório Institucional da UNIFESP. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200003>
- Sweet, Linda; Mannix, Trudi. (2012). *Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit*. Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing. 15. 8-16
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6.ª ed.). Pearson
- Tandberg, Bente Silnes; Sandtrø, Hege Pettersen; Vårdal, Mar; Rønnestad, Arild (2013). *Parents of preterm evaluation of stress and nursing support*, Journal of Neonatal Nursing, Volume 19, Issue 6, Pages 317-326, ISSN 1355-1841, <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2013.01.008>
- Tavares, I.; Schlagintweit, H. E.; Nobre, P.; Rosen, N. (2019). *Sexual well-being and perceived stress in couples transitioning to parenthood: A dyadic analysis*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 19, 198–208. <https://doi.org/f5d6>
- Tilahun, D., Basha, E. A., & Bekele, T. (2024). *Parental stress and associated factors in neonatal intensive care units in Ethiopia*. Frontiers in Psychiatry, 15, 1377180. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1377180>
- Turner, M., Winefield, H. R., & Chur-Hansen, A. (2013). *The emotional experiences and supports for parents with babies in a neonatal nursery*. Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses, 13(6), 438–446. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000030
- Uçakçı Asaloğlu, C., Yaman Sözbir, Ş. (2023). *Attachment Status and Social Support Perceptions of Parents with an Infant in the Neonatal Intensive Care Unit*. J Educ Res Nurs. 2023; 20(3): 241-247 . DOI: 10.14744/jern.2021.21115


- Uema, R. T. B., Rodrigues, B. C., Rissi, G. P., Felipin, L. C. S., Shibukawa, B. M. C., Lima, M. F., & Higarashi, I. H. (2020). *Fatores estressores em unidade de terapia intensiva neonatal: percepções familiares*. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 93(31), e-020042. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.797>
- Valizadeh, S.; Mirlashari, J.; Navab, E.; Higman, W.; Ghorbani, F. (2018). *Fathers: The Lost Ring in the Chain of Family-Centered Care*. *Advances in Neonatal Care*, 18(1), E3–E11. Doi:10.1097/ANC.0000000000000449.
- van der Pal, S.; Maguire, C. M.; Le Cessie, S.; Veen, S.; Wit, J. M.; Walther, F. J.; Bruil, J. (2008). *Parental Stress and Child Behavior and Temperament in the First Year After the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*. *Journal of Early Intervention*, 30(2), 102-115. <https://doi.org/10.1177/1053815107313485>
- Vargas, A. P. M.; Varga, M. F. M.; Mendes, J. O.; Tonin, L.; Makuch, D. M. V. (2022). *Cuidado centrado na família do recém-nascido: percepção da equipe multidisciplinar de saúde*. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, e31511931885, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31885>
- Victória, A.; Costa, C.; Cordeiro, M.; Santos, A. P.; Tavares, M.; Tavares, P. (2024). *Transição para a parentalidade: Estratégias promotoras utilizadas pelos profissionais de saúde*. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social* 2024 Vol. 10(1): 1–19. e-ISSN 2183-4938. Departamento de Investigação & Desenvolvimento, Instituto Superior Miguel Torga. Doi: <https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.1.324>
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L.; Ross, L. E. (2010). *Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review*. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 117(5), 540–550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>
- Voulgaridou, A. et al. (2023). *Hospitalization in neonatal intensive care unit: parental anxiety and satisfaction*. *Pan African Medical Journal*. 2023;44(55). 10.11604/pamj.2023.44.55.34344, acedido em <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/44/55/pdf/55.pdf>, em dezembro de 2024.
- Wachman, E. M.; Lahav, A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 96(4), F305–F309. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.182014>
- Wigert, H., Berg, M.; Hellström, A. L. (2010). *Parental presence when their child is in the neonatal intensive care*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 139– 146. Acedido a: 12/11/2018. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00697.x>
- Wuni et al. (2022). *Environmental stressors, coping mechanisms and support system for mothers with infants at the neonatal intensive care unit: a descriptive cross-sectional*

*study*. Pan African Medical Journal One Health.;9, 1-3. <https://doi.org/10.11604/pamj-oh.2022.9.12.36475>

## **Anexos**



## Anexo I - Autorização da Autora da Validação da escala NUPS-PT/EASPUN-VM

 **Fátima Sousa**  
para mim ▾

quarta, 10/07, 00:18 (há 10 dias) ☆ 😊 ↶ ⋮

Boa noite Mara Almeida.  
Peço desculpa por não ter respondido de forma mais célere, mas estou doente.  
Tem autorização para aplicar a NUPS-PT no âmbito a que se propõe. Vou reencaminhar a mesma em português e inglês (há muitas famílias que falam inglês). Se tiver dúvidas pode sempre enviar email.  
Obrigada pela atenção.  
Com os melhores cumprimentos.

\*\*\*

A sexta, 5/07/2024, 16:07, Mara Almeida <[miaalmeida27@gmail.com](mailto:miaalmeida27@gmail.com)> escreveu:

Boa tarde, o meu nome é Mara Inês Loureiro de Almeida, sou Enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu, sob a orientação da Sra. Prof. Dra. Isabel Bica. Estou presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com a finalidade de compreender a influência da intervenção dos enfermeiros no stress dos pais de Recém-nascidos internados em Neonatologia, e gostaria de utilizar a escala *Neonatal Unit Parental Stress Scale* (NUPS) validada pela Sra Enfermeira na sua dissertação de mestrado.  
Anexo envio pedido de autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Mara Almeida







Anexo III – Questionário

## Questionário

Caros pais (pai/mãe/cuidador),

Estamos a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo de avaliar o Stress Parental na Unidade de Neonatologia.

O estudo do stress parental nas unidades de neonatologia é fundamental para entender e atenuar os fatores que contribuem para essa condição, melhorando tanto a saúde dos pais quanto a dos recém-nascidos. Vimos pedir a sua colaboração para responder a este questionário. A informação que der é muito importante para avaliarmos o stress parental. Os questionários são **anónimos** e a participação neste estudo é **voluntária**. As suas respostas são totalmente **confidenciais**. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas, todas serão válidas se traduzirem a **sua opinião**, (independentemente de serem ou não aquelas que prefere ou acha mais adequadas).

Solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (\_\_\_\_), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido, de forma a que não restem dúvidas sobre a sua intenção.

**Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.**

Muito obrigada pela sua Colaboração  
Responsáveis pela equipa de investigação  
Mara Almeida e Isabel Bica

## Parte I

### Características Sociodemográficas e Familiares

1. **Idade:** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** Feminino  Masculino
3. **Estado Civil:** Casado/União de Facto  Solteiro  Divorciado/ separado  Outro
4. **Nível de Escolaridade:** 4º Ano  12º Ano   
6ª Ano  Bacharelato /Licenciatura   
9º Ano  Mestrado/ Doutoramento
5. **Profissão:** \_\_\_\_\_
6. **Numero de filhos:** \_\_\_\_\_ **Idade dos Filhos:** \_\_\_\_\_
7. **Agregado Familiar**  
(indique quem mora consigo): \_\_\_\_\_

### Dados Relativos à Gestação e Parto Atual

8. **Experiencia anterior na Neonatologia:** Sim  Não
9. **Gravidez Planeada** Sim  Não
10. **Gravidez decorreu sem complicações:** Sim  Não
11. **Realizou Curso de Preparação para o parto:** Sim  Não
12. **Tipo de Parto:** Normal  Fórceps   
Ventosa  Cesariana
13. **Idade Gestacional:** \_\_\_\_\_semanas \_\_\_\_\_dias
- Peso ao Nascer:** \_\_\_\_\_gr
- Dias de Internamento na Unidade:** \_\_\_\_\_dias

## Parte II

No questionário, faça um círculo no único número que melhor expressa o quanto stressante cada experiência foi para si. Os números indicam os seguintes níveis de stress:

- 1 - Nenhum stress (a experiência não a/o deixou aborrecida/o, tensa/o ou ansiosa/o)
- 2 - Um Pouco stressante
- 3 - Moderadamente stressante
- 4 - Muito stressante
- 5 - Extremamente stressante (a experiência aborreceu-a/o e causou-lhe muita ansiedade ou tensão)

Se *não experienciou* algum dos itens, faça um círculo **NA** (Não Aplicável).

Abaixo está uma lista do **AMBIENTE FÍSICO** e os **SONS** que usualmente são experienciados na Unidade de Neonatal. Estamos interessados em saber quanto *stressante* são para si o Ambiente Físico e os Sons. Faça um círculo no número que melhor representa o seu nível de stress. Se não viu ou não ouviu, faça um círculo no NA que significa “Não Aplicável”

- |  |    |   |   |   |   |   |
|--|----|---|---|---|---|---|
| 1. A presença de monitores e Equipamentos            | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Os ruídos constantes dos monitores e equipamentos | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Abaixo está uma lista de itens que poderá descrever a **APARÊNCIA** e o **COMPORTAMENTO** do seu bebé, assim como alguns **TRATAMENTOS** que viu fazer ao seu bebé.

Nem todos os bebés passam por estas experiências ou têm esta aparência, por isso faça um círculo no NA, se não experienciou ou viu o item listado. Se o item reflete algo que experienciou, então indique o quanto a experiência foi *stressante* ou se o aborreceu, fazendo um círculo no número apropriado.

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 4. A cor incomum do meu bebé (por exemplo parece pálido ou amarelo Ictérico)              | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Os padrões incomuns da respiração do meu bebé  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. O pequeno tamanho do meu bebé  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ver agulhas e tubos colocados no meu bebé  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. O meu bebé ser alimentado através de uma linha intravenosa ou tubo na boca ou no nariz | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |   |    |   |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|---|
| 9. Quando o meu bebé pareceu ter dor                        | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Quando o meu bebé pareceu triste                        | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. A aparência flácida e fraca do meu bebé                 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Os movimentos bruscos e agitados do meu bebé            | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. O meu bebé não conseguir chorar como outros bebés       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Quando o meu bebé aparenta estar desconfortável         | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. O meu bebé não ser capaz de se movimentar adequadamente | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Na próxima área queremos perguntar-lhe como se sente sobre o seu próprio **RELACIONAMENTO** com o bebé e o seu **PAPEL PARENTAL**. Se experienciou as seguintes situações ou sentimentos, indique de que modo foram *stressantes* para si, fazendo um círculo no número apropriado. Novamente, faça um círculo em NA se não experienciou o item.

- |  |    |   |   |   |   |   |
|--|----|---|---|---|---|---|
| 16. Não ser capaz de cuidar do meu bebé (por exemplo, mudar a fralda, dar banho) | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Não ser capaz de pegar o meu bebé ao colo, quando quero                      | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebé durante este tempo      | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Sentir-me entorpecido/a, como se isto não estivesse a acontecer comigo       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. O meu bebé não me reconhece  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Sinto-me zangada/o que o meu bebé tenha nascido mais cedo/doente             | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Sinto-me culpabilizada/o por o meu bebé ter nascido mais cedo/doente         | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. O meu bebé parece sozinho  | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Tenho medo que o meu bebé se ligue a outra pessoa que não eu                 | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. A equipa conhece o meu bebé melhor que eu                                    | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Não saber o que fazer quando na visita                                       | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Ainda não sentir nenhum sentimento pelo meu bebé                             | NA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Abaixo está uma lista de itens que podem descrever o seu **RELACIONAMENTO FAMILIAR** e **SOCIAL** e de que forma influencia o seu stress enquanto o seu bebé está internado na Unidade de Neonatologia. Se experienciou as seguintes situações ou sentimentos, indique de que modo foram *stressantes* para

si, fazendo um círculo no número apropriado. Novamente, faça um círculo no NA se não experienciou o item,.

28. Ter que parecer alegre quando não me sinto assim.	NA	1	2	3	4	5
29. Não ter tempo para fazer tudo	NA	1	2	3	4	5
30. Não ter ajuda suficiente da família e dos amigos	NA	1	2	3	4	5
31. Não conseguir lidar com a vida fora da unidade	NA	1	2	3	4	5
32. Sentir que ninguém sabe como me sinto	NA	1	2	3	4	5
33. Ser incapaz de regressar à normalidade	NA	1	2	3	4	5
34. Ser incapaz de apoiar o meu parceiro/a	NA	1	2	3	4	5
35. As exigências da vida de casa e da visita	NA	1	2	3	4	5
36. Não saber o que dizer à família e amigos	NA	1	2	3	4	5
37. Ter que confiar na família e amigos para suporte	NA	1	2	3	4	5
38. Não saber como ajudar o meu parceiro/a	NA	1	2	3	4	5
39. Não ter tempo suficiente para passar com o meu parceiro/a	NA	1	2	3	4	5
40. Não ter tempo suficiente para mim própria/o	NA	1	2	3	4	5

Muito obrigada!!



## Anexo IV –Consentimento Informado

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO****Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia**

-----  
 -----

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)**

\_\_\_\_\_

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_

Assinatura do participante no projeto: \_\_\_\_\_

**Os Investigadores responsáveis:**

Mara Inês Loureiro de Almeida

Isabel Maria Bica

**Assinaturas:**