



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **A vivência dos enfermeiros na gestão do stresse parental em contexto neonatal: um estudo fenomenológico**

Palmira Alexandra Campeão Pereira

Março de 2026





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **A vivência dos enfermeiros na gestão do stresse parental em contexto neonatal: um estudo fenomenológico.**

Palmira Alexandra Campeão Pereira

**Estágio com Relatório Final**

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professor Luís Miguel Condeço

Marco de 2026





*“O essencial é invisível aos olhos, e só se vê bem com o coração”*

Antoine de Saint-Exupéry



## **Agradecimentos**

À minha mãe, deixo o meu mais profundo e sentido agradecimento. Pelo amor incondicional, pela força nos momentos mais difíceis e por nunca ter deixado de acreditar em mim, mesmo quando eu própria duvidei. És o meu maior exemplo de coragem, amor e dedicação. Tudo o que sou também é fruto de ti. Amo-te.

Ao Miguel, por ser o meu porto de abrigo em todos os momentos, por cuidar de mim, pela compreensão nos momentos de ausência, pelas palavras de incentivo nos momentos em que mais precisei e pelo sorriso que trouxe leveza às horas mais difíceis. Obrigada por partilhares não apenas os momentos de conquista, mas também os de incerteza, por celebrares cada pequena vitória e por me lembrares, dia após dia, do valor da persistência, da resiliência e do amor.

À minha irmã, agradeço pelo exemplo de força, resiliência e determinação que me brinda diariamente. Esta conquista é minha, mas é sobretudo nossa, porque foste a base segura para que tudo isto fosse possível, as estrelinhas lá em cima estão certamente orgulhosas.

Aos meus amigos, agradeço pela amizade sincera, pela presença e pelo apoio e compreensão, tornaram este percurso mais leve.

Ao professor Luís Miguel Condeço que me acompanhou neste percurso formativo, agradeço pela partilha de conhecimento, pelo estímulo ao pensamento crítico e pela contribuição para a construção da minha identidade profissional.

À extraordinária equipa de trabalho que tenho o privilégio de integrar pelas palavras constantes de incentivo e por acreditarem no meu sucesso. O vosso profissionalismo, dedicação e sensibilidade no cuidado aos bebés e às suas famílias constituem uma inspiração diária. Muito do que sou hoje enquanto profissional é também reflexo das aprendizagens partilhadas convosco, das experiências vividas em equipa e do exemplo que diariamente me recorda a importância do cuidar com competência, humanidade e compromisso.

Às minhas enfermeiras supervisoras, expresso a minha profunda gratidão pela disponibilidade, orientação, rigor científico e constante incentivo ao longo de todo o processo. A vossa dedicação, apoio e confiança foram fundamentais para a realização deste trabalho e para o meu crescimento enquanto estudante e futura profissional.

Por fim, a todos aqueles com quem me cruzei, aos pais, às crianças, e colegas de curso que contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu percurso pessoal e académico, deixo o meu sincero reconhecimento e gratidão.



## Resumo

**Introdução:** A formação no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica contribui para o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à criança e à família, sustentadas na prática baseada na evidência científica. Em contexto de neonatologia, o internamento do recém-nascido, particularmente em situações de prematuridade ou doença, constitui frequentemente um momento de elevada vulnerabilidade emocional para os pais, exigindo dos enfermeiros intervenções centradas no apoio emocional, na comunicação terapêutica e na promoção da participação ativa nos cuidados.

**Objetivo:** Refletir criticamente sobre as aprendizagens, em conformidade com as competências específicas do Enfermeiro Especialista; Compreender as vivências dos enfermeiros na gestão do stresse parental numa unidade de Neonatologia.

**Metodologia:** Foi utilizada uma metodologia crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes estágios; estudo qualitativo, baseado na fenomenologia de Max Van Manen. Amostra de 9 enfermeiros a exercer em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais numa Unidade Local de Saúde. Utilizou-se a técnica de amostragem de conveniência, com recolha de dados através de entrevista semiestruturada.

**Resultados:** A gestão do stresse parental emerge, como um espaço de encontro humano marcado por proximidade, empatia e responsabilidade relacional. O significado do cuidado não se limita à redução do stresse parental, mas manifesta-se na construção de confiança, na validação das emoções familiares e na criação de condições que favoreçam o bem-estar da díade pais-recém-nascido.

**Conclusão:** O estudo permitiu compreender que a gestão do stresse parental em neonatologia transcende a dimensão técnica do cuidar, configurando-se como uma prática profundamente relacional, ética e emocionalmente exigente.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem; emoções; pais; recém-nascido; unidades de terapia intensiva neonatal.



## **Abstract**

**Introduction:** The Master's program in Child and Pediatric Nursing contributes to the development of specialized competencies in providing care to children and families, grounded in evidence-based practice. In the context of neonatology, the hospitalization of a newborn, particularly in cases of prematurity or illness, often constitutes a time of high emotional vulnerability for parents, requiring nurses to provide interventions focused on emotional support, therapeutic communication, and the promotion of active participation in care.

**Objective:** To critically reflect on learning experiences in accordance with the specific competencies of the Specialist Nurse; to understand nurses' experiences in managing parental stress in a Neonatology unit.

**Methodology:** A critical-reflective methodology was used to analyze activities carried out in various clinical settings; a qualitative study based on Max Van Manen's phenomenology. Sample of 9 nurses working in a Neonatal Intensive Care Unit at a Local Health Unit. Convenience sampling was used, with data collected through semi-structured interviews.

**Results:** The management of parental stress emerges as a space for human connection characterized by closeness, empathy, and relational responsibility. The significance of care is not limited to reducing parental stress, but manifests itself in building trust, validating family emotions, and creating conditions that promote the well-being of the parent-newborn dyad.

**Conclusion:** The study revealed that the management of parental stress in neonatology transcends the technical dimension of care, emerging as a deeply relational, ethical, and emotionally demanding practice.

**Keywords:** nursing care; emoticons; parents; newborn; newborn intensive care units.



## Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introdução .....</b>                                                        | <b>19</b> |
| Parte I – Percurso Formativo em Estágio .....                                  | 23        |
| <b>1. Estágio de Neonatologia .....</b>                                        | <b>25</b> |
| <b>2. Estágio de Urgência Pediátrica .....</b>                                 | <b>33</b> |
| <b>3. Estágio de Internamento de Pediatria .....</b>                           | <b>39</b> |
| Parte II – Estudo de Investigação .....                                        | 45        |
| <b>4. Enquadramento Teórico .....</b>                                          | <b>47</b> |
| <b>5. Metodologia .....</b>                                                    | <b>53</b> |
| 5.1 Objetivos do Estudo .....                                                  | 54        |
| 5.2 População e Amostra .....                                                  | 54        |
| 5.3 Instrumento de Recolha de Dados .....                                      | 55        |
| 5.4 Procedimento de Recolha de Dados .....                                     | 56        |
| 5.5 Tratamento e Análise de Dados .....                                        | 56        |
| 5.6 Considerações Éticas .....                                                 | 57        |
| <b>6. Resultados .....</b>                                                     | <b>59</b> |
| <b>7. Discussão dos Resultados .....</b>                                       | <b>67</b> |
| <b>8. Conclusão .....</b>                                                      | <b>71</b> |
| <b>Considerações Finais .....</b>                                              | <b>73</b> |
| <b>Referências bibliográficas .....</b>                                        | <b>75</b> |
| <b>Apêndices .....</b>                                                         | <b>83</b> |
| <b>Apêndice I – Cuidados Básicos ao Bebê .....</b>                             | <b>84</b> |
| <b>Apêndice II – Guia Rápido de Enfermagem em Neonatologia .....</b>           | <b>85</b> |
| <b>Apêndice III – Admissão de doentes .....</b>                                | <b>86</b> |
| <b>Apêndice VI – Instrumento de Recolha de Dados: Guião da entrevista ....</b> | <b>87</b> |
| <b>Anexos .....</b>                                                            | <b>89</b> |
| <b>Anexo I – Consentimento Informado .....</b>                                 | <b>90</b> |
| <b>Anexo II – Parecer solicitado à comissão de ética .....</b>                 | <b>92</b> |



## Lista de tabelas

|                                                                   | <b>Pág.</b> |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabela 1 Definição do SP                                          | 59          |
| Tabela 2 Estratégias de enfermagem na gestão do SP na UCIN        | 61          |
| Tabela 3 Recetividade e eficácia das intervenções na gestão do SP | 63          |
| Tabela 4 Vivências dos enfermeiros na gestão do SP                | 65          |



**Lista de Figuras**

|          |                                     |                   |
|----------|-------------------------------------|-------------------|
| Figura 1 | Unidades de registro por categorias | <b>Pág.</b><br>66 |
|----------|-------------------------------------|-------------------|



## Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

|          |                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
| BLHN     | Banco de Leite Humano do Norte                                       |
| CNAF     | Cânulas Nasais de Alto Fluxo                                         |
| EDIN     | Echelle de Doubeur et d'Inconfort du Nouveau-Né                      |
| EEER     | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação                |
| EEESIP   | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica |
| ERT      | Enfermeiro Responsável de Turno                                      |
| FiO2     | Fração Inspirada de Oxigénio                                         |
| GHAF     | Gestão Hospitalar e Farmácia                                         |
| MESIP    | Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica                |
| NIPPV    | Ventilação Intermitente Positiva Nasal                               |
| NIV-NAVA | Ventilação Ajustada por Atividade Diafragmática                      |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde                                         |
| RN       | Recém-Nascido                                                        |
| SP       | Stresse Parental                                                     |
| SUP      | Serviço de Urgência Pediátrica                                       |
| UCIN     | Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais                             |
| UICD     | Unidade de Internamento de Curta Duração                             |
| ULS      | Unidade Local de Saúde                                               |
| VMI      | Ventilação Mecânica Invasiva                                         |
| VNI      | Ventilação Não Invasiva                                              |





## Introdução

A frequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) constituiu um momento determinante no desenvolvimento e consolidação de competências fundamentais para a prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à respetiva família. Ao longo do curso, estruturado em diferentes unidades curriculares, foi possível aprofundar conhecimentos científicos, técnicos, éticos, relacionais e de investigação, essenciais à intervenção em contextos de elevada complexidade. Este percurso formativo promoveu uma abordagem integrada dos cuidados, orientada para as necessidades específicas inerentes ao ciclo de vida e ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança, com vista à promoção da saúde e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Em consonância com o perfil de competências do Enfermeiro Especialista, definido nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019 p. 4745), bem como com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), nos diferentes níveis de prevenção, fundamentadas na prática baseada na evidência científica e na enfermagem avançada (Regulamento n.º 132/2018, 2018 p. 19192; Ordem dos Enfermeiros, 2018), o percurso formativo foi orientado por um projeto de aprendizagens estruturado por objetivos e atividades.

Um dos pilares fundamentais desta formação prende-se com a promoção da investigação como base orientadora da prática de enfermagem, sustentada na evidência científica. A prática baseada na evidência pressupõe a articulação entre os melhores resultados de investigação disponíveis, a experiência e o conhecimento do profissional e as necessidades específicas da pessoa e da família, considerando o contexto onde os cuidados são prestados (Melnik & Fineout-Overholt, 2023).

Neste sentido, o percurso formativo desenvolvido ao longo do curso contribuiu para o fortalecimento de uma atitude crítica e investigativa, incentivando a produção, a utilização e a disseminação do conhecimento científico como suporte à tomada de decisão clínica. A incorporação sistemática da evidência científica revelou-se essencial para fundamentar a prática profissional, promover a melhoria contínua dos cuidados e garantir intervenções de enfermagem seguras e de qualidade. Assim, a investigação assume-se como um elemento central da prática especializada em enfermagem, constituindo um referencial indispensável para a excelência dos cuidados prestados (Polit & Beck, 2024).

Nos últimos anos, o aumento de nascimentos de bebês prematuros tem sido alvo de inúmeros estudos culminando num interesse crescente na pesquisa sobre como os pais lidam com a prematuridade. O nascimento de um recém-nascido (RN), particularmente em situações de prematuridade, doença ou necessidade de internamento, constitui um período de fragilidade emocional para os pais acarretando, muitas vezes, sentimentos negativos, como medo, ansiedade, impotência e dúvida em relação ao prognóstico do seu bebê (Zych et al., 2025). Várias pesquisas relatam que essa experiência avassaladora pode provocar níveis elevados de stresse nos pais, afetando a adaptação da família e consequentemente o vínculo afetivo inicial (Rambod et al., 2024; Almalki et al., 2025).

Neste contexto de internamento, o enfermeiro assume um papel fundamental na gestão do Stresse Parental (SP). Este, como elo constante entre o RN e sua família, está numa posição privilegiada para identificar situações de sofrimento, oferecendo suporte emocional e adotando estratégias que ajudem os pais a adaptarem-se ao ambiente hospitalar (Sousa & Curado, 2020). Ações de enfermagem centradas na comunicação empática, na participação dos pais nos cuidados e na humanização do ambiente terapêutico são exemplos práticos de intervenções essenciais para diminuir o nível de stresse nos pais (Sousa & Curado, 2020; Oliveira & Brandão, 2024).

Sendo a Neonatologia reflexo de um ambiente altamente tecnológico e exigente, marcada por fatores emocionais intensos e responsabilidades éticas, exige do enfermeiro competências específicas de comunicação, empatia e controlo emocional (Sousa & Curado, 2020). Deste modo, torna-se fundamental entender como os profissionais vivenciam e interpretam o seu papel na gestão do SP.

Para uma melhor compreensão do presente estudo, importa clarificar alguns conceitos centrais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define prematuridade como o nascimento que ocorre antes das 37 semanas completas de gestação, sendo esta classificação usada para orientar cuidados clínicos diferenciados conforme a idade gestacional. O SP é descrito na literatura como a resposta psicológica e emocional que os pais experienciam quando confrontados com os desafios do internamento de um RN em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), incluindo preocupações com a saúde da criança, alterações no papel parental e adaptação ao ambiente tecnológico da neonatologia (Konukbay et al., 2024). A gestão do SP refere-se ao conjunto de intervenções e estratégias implementadas pelos profissionais de saúde, em particular pelos enfermeiros, para apoiar emocionalmente os pais, reduzir a ansiedade e promover a sua adaptação ao contexto de UCIN (Konukbay et al., 2024). Neste estudo, as estratégias de enfermagem são entendidas como ações intencionais de apoio emocional, comunicação terapêutica, educação e participação parental que visam atender às necessidades dos pais de RN internados e facilitar a sua adaptação ao ambiente hospitalar.

Partindo dessa premissa, o presente estudo de investigação tem como objetivo compreender as vivências dos enfermeiros na gestão do SP numa unidade de neonatologia do Norte de Portugal. Para tal formulou-se como questão de investigação: Qual a experiência vivida pelos enfermeiros na gestão do SP numa unidade de Neonatologia? Foi adotada uma metodologia qualitativa de natureza fenomenológica, inspirada nos pressupostos de Max van Manen (1990), que visa compreender o significado das experiências vividas pelos enfermeiros na gestão do SP na unidade de neonatologia. O método fenomenológico revela-se particularmente adequado a este tipo de investigação, pois permite explorar a experiência vivida dos enfermeiros, identificando os significados atribuídos às suas ações e às interações com os pais. A fenomenologia procura compreender o fenómeno na perspetiva de quem o vivencia, valorizando as perceções e emoções envolvidas no cuidar (Van Manen, 2016). Esta abordagem permite uma compreensão profunda e contextualizada das vivências dos enfermeiros na gestão do SP.

O presente documento encontra-se organizado em duas partes distintas. A primeira parte integra a descrição e a reflexão crítica sobre o percurso formativo desenvolvido em contexto de estágio, na qual são abordadas as competências desenvolvidas, enquanto a segunda parte é dedicada à apresentação do estudo de investigação em epígrafe, realizando um enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e conclusão. Por fim encontram-se as considerações finais, bem como as referências bibliográficas que forneceram suporte teórico, apêndices desenvolvidos e anexos.



## **Parte I – Percurso Formativo em Estágio**



## 1. Estágio de Neonatologia

O estágio de Neonatologia decorreu no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal, entre o período de 15 de setembro e 24 de outubro de 2025, perfazendo uma carga horária de contacto de 120 horas repartidas em seis semanas, sob supervisão clínica de uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Estruturalmente, este serviço é constituído por duas alas divididas em cuidados intensivos e cuidados intermédios com capacidade total para dezassete vagas. Os recursos humanos formam uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos e conta ainda, com a equipa de Medicina Física e de Reabilitação, Farmácia, Nutrição e Imagiologia/Radiologia. A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Gestora EEESIP e por quarenta e sete enfermeiros sendo dezanove EEESIP e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Estes elementos estão repartidos por sete equipas, com uma distribuição diária de sete enfermeiros por turno.

No decurso do estágio em Neonatologia, os objetivos previamente delineados foram atingidos de forma consistente e estruturada. A integração no serviço possibilitou uma compreensão aprofundada da sua organização física e estrutural, bem como da articulação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e conhecimento sobre normas, protocolos e áreas de atuação, aspetos essenciais para a prática sustentada na evidência de cuidados especializados ao RN.

A prática desenvolvida pautou-se pelo respeito integral dos direitos humanos e responsabilidades profissionais, de acordo com os princípios éticos e deontológicos que orientam a profissão. A interação com a equipa multidisciplinar e com os pais permitiu igualmente identificar e compreender diversas estratégias de *coping* adotadas no processo de hospitalização do RN, contribuindo de forma relevante para a promoção de cuidados centrados na família. A equipa de enfermagem do serviço de Neonatologia adota o método individual de trabalho. Este modelo, segundo Ventura-Silva e colaboradores (2023), pressupõe que o enfermeiro seja o responsável pelo planeamento, execução e avaliação de todos os cuidados dirigidos a cada utente, garantindo assim uma abordagem holística e sistematizada.

Sendo a UCIN caracterizada por um ambiente extremamente exigente e de grande responsabilidade profissional, é crucial que a gestão de cuidados ao RN seja realizada em parceria. O modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (Casey, 1993) valoriza a parceria

entre profissionais de saúde e família, promovendo a participação ativa dos pais nos cuidados, o respeito pelos seus conhecimentos, valores e crenças, bem como a partilha de informação e a tomada de decisão conjunta. Na prática diária de cuidados neonatais, a aplicação deste modelo revela-se fundamental, uma vez que contribui para o fortalecimento do vínculo entre o RN e a família, reduz o impacto emocional da hospitalização e promove a continuidade dos cuidados após a alta (Aljaward et al., 2025). Para além disso, a inclusão dos pais nos cuidados favorece a aquisição de competências parentais, aumenta a confiança da família e potencia resultados positivos no desenvolvimento e bem-estar do RN (Lee, 2023). Assim, o modelo de Anne Casey constitui um referencial essencial na prestação de cuidados humanizados, individualizados e de qualidade em contexto de UCIN, sendo o modelo adotado por todos os profissionais de saúde desta instituição.

Neste contexto, ao longo do estágio na UCIN, procurei adotar, também, o modelo de cuidados centrados na família proposto por Anne Casey, integrando os pais como parceiros ativos no processo de cuidar. Esta abordagem traduziu-se no incentivo à participação dos pais nos cuidados ao RN, de acordo com as suas capacidades e disponibilidade, bem como na promoção de uma comunicação clara, empática e contínua. A aplicação deste modelo permitiu-me reconhecer a família como parte integrante da equipa de cuidados, contribuindo para a humanização da prática de enfermagem, para o fortalecimento do vínculo parental e para uma prestação de cuidados mais individualizada e segura ao RN.

A filosofia de cuidados implementada no serviço segue o Modelo NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) de Heidelise Als (1986), que privilegia os cuidados centrados no neurodesenvolvimento do RN, valorizando a prestação de cuidados individualizados, envolvendo a família. De acordo com Perapoch e colaboradores (2025), esta filosofia assenta na humanização do cuidado ao RN prematuro, através da observação comportamental, possibilitando que profissionais de saúde e família participem no planeamento dos cuidados, na gestão de um ambiente que minimize fatores de stresse e no envolvimento ativo dos pais no processo assistencial.

Durante o estágio, foram prestados cuidados ao RN com diferentes patologias tais como: prematuridade, persistência do canal arterial, tetrahidrocefalia, sépsis nosocomial, anemia da prematuridade, convulsões, hemorragia intraventricular grau II/III bilateral, obstrução intestinal alta por atresia duodenal, doença da membrana hialina, risco infeccioso e icterícia. Todas as intervenções e necessidades específicas, nomeadamente: ventilação mecânica invasiva (VMI), ventilação não invasiva (VNI), fototerapia, cateter epicutâneo-cava, monitorização eletroencefalográfica, punção do reservatório de Rickham, e monitorização invasiva da pressão arterial foram realizadas com base nas evidências científicas disponíveis, garantindo a segurança e a individualização do cuidado. Grande parte dos cuidados de

Enfermagem centraram-se nos RN com suporte ventilatório. Estes cuidados foram desenvolvidos em conformidade com o plano de cuidados e com as prescrições médicas, respeitando os princípios de boas práticas. No contexto da VMI, foram privilegiadas estratégias ventilatórias protetoras, nomeadamente os modos sincronizados de ventilação (com suporte de pressão e controlo assistido) e a ventilação alvo de volume, que demonstram reduzir o risco de lesão pulmonar e favorecer o desmame ventilatório (Keszler, 2020).

Em relação à VNI, os métodos atualmente mais utilizados incluem o CPAP nasal, a ventilação intermitente positiva nasal (NIPPV), a ventilação ajustada por atividade diafragmática (NIV-NAVA) e o uso de fluxos nasais de alto débito (CNAF), sendo a escolha dependente da condição clínica, da idade gestacional e dos recursos disponíveis (Roehr et al., 2023). O papel do Enfermeiro é crucial na monitorização contínua do padrão respiratório, avaliando parâmetros como a saturação periférica de oxigénio, a frequência cardíaca e respiratória, bem como sinais clínicos de esforço respiratório (gemido, tiragem, adejo nasal, cianose, taquipneia). Intervenções como: adequação postural do RN, aspiração de secreções orofaríngeas e nasofaríngeas, visam otimizar a expansão torácica e reduzir o esforço respiratório, prevenindo a acumulação de secreções e são desempenhadas pelos Enfermeiros.

Os parâmetros ventilatórios e a fração inspirada de oxigénio ( $FiO_2$ ) são ajustados de acordo os sinais vitais, a gasometria arterial e venosa e a resposta clínica do RN, de forma a assegurar uma oxigenação adequada e a evitar episódios de hipoxemia ou hiperóxia (Sweet et al., 2023). Adicionalmente, em situações de ausência de alimentação trófica ou presença de tubo endotraqueal, o enfermeiro assegura a higiene oral com água estéril ou leite materno, contribuindo para o conforto e prevenção de complicações.

Relativamente aos cuidados ao RN com icterícia neonatal submetido a fototerapia, foi dada especial atenção à monitorização térmica, uma vez que os dispositivos de fototerapia, particularmente aqueles que emitem maior quantidade de calor, podem provocar aumento da temperatura corporal do bebé (Bhutani et al., 2024). Procedeu-se ainda à proteção ocular adequada através da utilização de dispositivos específicos, bem como à vigilância da integridade das pálpebras e da córnea, observando-se a eventual presença de secreções, sinais de pressão ou irritações associadas. Paralelamente, foi monitorizado o balanço hídrico com o objetivo de avaliar a eficácia da alimentação por sucção ou por tetina, considerando as perdas urinárias e intestinais, bem como a evolução do peso diário. Estas práticas encontram-se em consonância com as recomendações dos protocolos atualizados da American Academy of Pediatrics para a abordagem da icterícia neonatal (Bhutani et al., 2024; Nguyen & Joshi, 2025).

Foi possível desenvolver competências no âmbito do controlo da dor e avaliar a eficácia de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. No que respeita à gestão da dor em procedimentos invasivos em RN, a atuação envolveu a avaliação da dor, o diagnóstico, o planeamento e a execução de intervenções não farmacológicas como meio de promover conforto e assegurar a prestação de cuidados de qualidade (Correia et al., 2020). Esta abordagem reforça o princípio de que a EEESIP deve antecipar situações clínicas e estabelecer uma parceria ativa com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para a avaliação da dor no RN, utilizou-se a escala EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) (Debillon, et al., 1994), com registo sistemático na aplicação *Bicu.Care*. Destacam-se a combinação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas ajustadas à intensidade da dor e ao stresse do RN. Exemplo dessas intervenções incluem a administração de sacarose oral ou morfina endovenosa, acompanhadas por técnicas como *swaddling*, sucção não nutritiva, envolvimento parental e otimização das condições ambientais (redução de ruído, luminosidade, regulação térmica). Sempre que possível, optou-se por substituir a sacarose por leite materno como estratégia de alívio da dor em procedimentos invasivos, privilegiando um método mais fisiológico e benéfico. Quigley e colaboradores (2024) reconhecem que o leite materno exerce efeito analgésico, possivelmente devido às suas propriedades bioquímicas e ao estímulo da sucção que acalma o RN.

É importante reconhecer, contudo, que a escala EDIN, embora amplamente utilizada para dor prolongada em neonatologia, apresenta limitações no contexto da dor aguda ou procedimentos invasivos, e a sua capacidade discriminativa entre dor e stresse pode ser limitada (Llerena et al., 2023). Investigadores têm sugerido adaptações da EDIN que considerem a idade gestacional para aumentar a sensibilidade da escala em neonatos mais prematuros (Filipe, 2023).

Durante este estágio, foi possível constatar que, no sistema de informação *Bicu.Care*, o campo "Papel Parental" não continha intervenções registadas no que concerne à capacidade e conhecimento dos pais para cuidar das necessidades especiais do RN. De acordo com a CIPE®, o papel parental refere-se ao membro da família que assume as responsabilidades de mãe/pai, desenvolvendo comportamentos que promovem o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, maximizando a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Para colmatar esta lacuna, foram realizados ensinamentos específicos aos pais, devidamente documentados no impresso previamente homologado pelo hospital, avaliando-se o nível de conhecimento e a capacidade dos pais relativamente às necessidades especiais e desenvolvimentais do RN. Estas intervenções incluíram demonstrações práticas de

cuidados específicos, acompanhamento e supervisão, com objetivo de fortalecer a autonomia parental e a sua participação ativa no cuidado.

Os padrões europeus para cuidados ao RN com enfoque no desenvolvimento centrado na família (Pallas et al, 2022), destacam que os pais devem ser considerados como membros ativos da equipa de cuidados, com suporte individualizado para assumirem o papel de cuidadores principais do bebé (Melo & Fernandes, 2024). Estudos qualitativos como o de Stovall e colaboradores (2024) identificam que a ausência de intervenções documentadas ou de envolvimento parental intenso pode levar a sentimentos de perda do papel parental, insegurança e menor preparação para o momento de alta hospitalar.

Durante o decorrer do estágio, foi possível promover a preparação dos pais para participarem efetivamente nos cuidados ao RN durante a hospitalização, o que implicou estabelecer uma relação de parceria com os mesmos e negociar, em conjunto, os cuidados a prestar. Como demonstrado por Loufty e colaboradores (2023), o envolvimento dos pais nos cuidados favorece a aquisição de competências, o fortalecimento da confiança no papel parental, bem como uma transição mais segura durante e após a hospitalização. Nessas circunstâncias, é fundamental elaborar, em conjunto com os pais, um plano de cuidados e delinear procedimentos que assegurem o desenvolvimento das competências parentais.

Dada a importância da participação da família durante o internamento neonatal, foi elaborado um poster intitulado “Cuidados Básicos ao Bebê” (Apêndice I), para os pais terem conhecimento relativo a cuidados a ter com este no domicílio. Este poster visou estabelecer uma parceria que promova o envolvimento ativo dos pais, capacitando-os através de negociação e participação nos cuidados, bem como definir atividades que minimizem o impacto dos fatores de stresse originados pela hospitalização ou por doença crónica do RN no domicílio.

No que concerne à supervisão e liderança clínica no serviço de Neonatologia, convém destacar que intervenções de liderança estruturadas têm sido associadas a melhorias no desempenho da equipa, nos resultados assistenciais e no bem-estar dos profissionais (Beccia et al., 2025). Essa evidência sugere que a atuação de enfermeiros responsáveis de turno ou enfermeiros em funções de gestão exercem influência significativa na qualidade e segurança dos cuidados prestados. O *International Neonatal Nursing Competency Framework* inclui “competências de liderança e trabalho em equipa” como domínio central da prática especializada, exigindo que o enfermeiro neonatal demonstre capacidade para gerir recursos humanos e materiais, orientar colegas, contribuir para a formação de recém-integrados, e participar em iniciativas de liderança clínica (Jones, 2019). Em unidades neonatais, as “equipas fluídas” (fluid teams), ou seja, equipas em que a composição varia frequentemente

por turnos ou necessidade clínica, representam um dos maiores desafios à eficácia do trabalho interprofissional. Bell e colaboradores (2023) apontam que tais equipas demandam liderança adaptativa, comunicação eficaz, clareza nos papéis e mecanismos formais de *handover* (passagem de turno) para garantir continuidade e minimizar falhas. No plano do desenvolvimento das competências profissionais, Maree e colaboradores (2020) evidenciam que Enfermeiros responsáveis de turno são fundamentais para assegurar padrões elevados de cuidado e para promover a atualização contínua dos enfermeiros neonatais, atuando como referência e facilitadores do crescimento técnico e relacional.

Deste modo, no contexto do estágio, a presença de uma enfermeira tutora com perfil de liderança (orientadora, facilitadora de reflexões, apoio na adaptação ao serviço) alinhou-se com essas perspetivas contemporâneas. A sua disponibilidade para supervisionar, partilhar conhecimentos e mediar reflexões, favoreceu a integração prática, o reforço da autonomia e a consolidação das competências adquiridas. Foi possível criar estratégias de autogestão de sentimentos e emoções, permitindo estabelecer uma postura assertiva e empática, quer com a equipa multidisciplinar, quer com o binómio RN-família, permitindo trabalhar em parceria de cuidados com os pais e em equipa com os restantes elementos.

Durante o estágio surgiu ainda a oportunidade de visitar o Banco de Leite Humano no Norte (BLHN), cuja missão é fornecer leite humano pasteurizado que satisfaça as necessidades nutricionais dos RN prematuros. As recomendações atuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçam que, para lactentes de muito baixo peso ao nascer e prematuros, o leite materno da progenitora é a fonte ideal de nutrição. Quando este não está disponível ou é insuficiente, o leite de doadoras humanas deve ser utilizado como alternativa, em vez da fórmula (OMS, 2023).

Vários autores como Wang e colaboradores (2024) e Quigley e colaboradores (2024) afirmam que o uso de leite humano de dadora comparativamente à fórmula, nos primeiros dias de vida, acelera o estabelecimento de nutrição enteral plena e diminui a incidência de eventos adversos como a enterocolite necrosante, retinopatia da prematuridade e infeções.

Atualmente, o BLHN conta com 38 doadoras registadas. A recolha do leite é efetuada por equipas especializadas que se deslocam às residências das doadoras. Após a colheita, o leite é armazenado em arcas frigoríficas portáteis e transportado ao BLHN, onde segue um protocolo de processamento que inclui: armazenamento inicial em frio (descongelamento controlado); avaliação nutricional (macro e micronutrientes); pasteurização de ação térmica, segundo normas vigentes; trabalhos em fluxo laminar para garantir assepsia e rotulagem adequada; selagem dos frascos para assegurar integridade estéril e distribuição às UCIN's conforme prescrição médica individualizada.

Foi ainda possível desenvolver um folheto informativo intitulado “Guia Rápido de Enfermagem em Neonatologia” (Apêndice II) direcionado aos estudantes de EESIP com o objetivo de promover o conhecimento sobre cuidados básicos ao RN. Este material educativo foi elaborado com base em evidência científica e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) e da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2024), integrando temas como o controlo térmico, a higiene, o aleitamento materno, os sinais de alerta clínico e a importância do contacto pele a pele precoce. A criação deste recurso teve como propósito reforçar a literacia em saúde e uniformizar práticas baseadas na evidência, contribuindo para uma transição mais segura e informada dos estudantes para o contexto clínico.

Por fim, o estágio em Neonatologia revelou-se uma experiência profundamente enriquecedora e produtiva, tanto a nível pessoal como profissional. A integração na equipa multidisciplinar permitiu-me desenvolver competências técnicas e relacionais essenciais no cuidado ao RN e à sua família, reforçando a importância da atuação do EESIP como elemento central na promoção da saúde neonatal. A participação em atividades diversificadas, nomeadamente a visita ao BLHN e a elaboração de um folheto informativo para alunos de especialização e um poster para os pais, possibilitou-me consolidar conhecimentos baseados na evidência científica e reconhecer o valor da educação em saúde como ferramenta transformadora da prática clínica.

Na prestação de cuidados, existiu sempre a preocupação de envolver os pais: promovendo a vinculação afetiva e capacitando-os para participarem nos cuidados desenvolvimentais do RN, como administração de leite, muda de fralda, posicionamento e outras medidas de conforto, em conformidade com a filosofia NIDCAP. No que concerne ao apoio parental, foi possível desenvolver competências específicas na facilitação da transição e no acompanhamento do desempenho da parentalidade, através de estratégias de comunicação eficazes e de intervenções adequadas às necessidades singulares de cada família. Relativamente à prestação de cuidados ao RN, foram adquiridas competências na resposta a situações de elevada complexidade clínica, assim como na implementação de intervenções diferenciadas junto de RN com necessidades especiais, assegurando a individualização, a segurança e a humanização dos cuidados.

Este estágio constituiu uma etapa marcante na minha formação enquanto futura enfermeira especialista, permitindo-me integrar teoria e prática, desenvolver um olhar mais sensível e científico sobre os cuidados neonatais e reforçar o compromisso ético e técnico com a excelência no cuidado ao RN e à sua família.



## 2. Estágio de Urgência Pediátrica

O estágio de Urgência de Pediatria decorreu no Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) numa ULS do Norte de Portugal, entre o período de 17 de outubro e 5 de dezembro de 2025, totalizando uma carga horária de contacto de 120 horas repartidas em seis semanas. As horas são distribuídas pelos seguintes horários: turno da manhã (8h – 15h:15min), turno da tarde (15h – 22h15min) e turno da noite (22h – 8h15min), sob supervisão clínica de uma EEESIP.

Este serviço tem como finalidade assegurar cuidados de saúde diferenciados e seguros a crianças e adolescentes desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. A sua missão centra-se na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, humanizados e adequados às necessidades da criança e da família, promovendo a sua segurança e bem-estar. É garantido o direito à presença permanente de um dos pais ou de outro familiar de referência durante a permanência no serviço.

Dispõe de uma zona de admissão independente da Urgência Geral e possui um balcão de admissão, onde é efetuado o registo dos dados da criança no sistema informático, originando a respetiva ficha de urgência. Estruturalmente, o serviço é constituído por uma sala de triagem, sala de emergência médica, sala de tratamentos de enfermagem, gabinetes médicos, sala de inaloterapia (com capacidade para seis crianças), seis Unidades de Internamento de Curta Duração (UICD), sala de enfermagem, armazém de material e instalações sanitárias adaptadas com fraldário e ainda o cantinho da amamentação improvisado pela equipa de enfermagem e localizado no corredor da urgência, na tentativa de salvaguardar os lactentes e conferir alguma privacidade às mães.

A equipa multidisciplinar do SUP é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos. A equipa de enfermagem integra um Enfermeiro Gestor, que exerce funções de chefia conjuntas entre o SUP e a Urgência Geral, quatro EEESIP, dois EEER e dezassete enfermeiros generalistas. O método de trabalho adotado é o individual, centrado na prestação de cuidados de enfermagem personalizados, contínuos e holísticos, ajustados às necessidades específicas de cada criança e família. A prática de enfermagem desenvolvida neste serviço encontra-se alicerçada na Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender (1982), que orienta a intervenção dos enfermeiros na capacitação da criança e da família para a adoção de comportamentos promotores de saúde e na identificação de fatores que influenciam esses comportamentos.

O circuito da criança/jovem no SUP inicia-se com o registo administrativo e consequente elaboração da ficha de urgência. Posteriormente, é realizada a triagem segundo

o Sistema de Triage de Manchester, o qual estabelece a prioridade clínica de atendimento. Após a avaliação médica, a criança poderá obter alta, ser encaminhada para a sala de enfermagem para a realização de intervenções específicas, efetuar exames complementares de diagnóstico, permanecer em observação na UICD, necessitar de avaliação por outra especialidade médica ou ser transferida para outro serviço do hospital (Pediatria, Neonatologia ou Bloco Operatório) ou ainda para outra unidade hospitalar.

Durante o estágio realizado no SUP os objetivos previamente definidos foram alcançados de forma consistente e estruturada. A integração na equipa permitiu uma compreensão aprofundada da organização física e funcional do serviço, bem como da articulação existente entre os diferentes profissionais que compõem a equipa multidisciplinar.

A prática desenvolvida respeitou os direitos humanos e as responsabilidades profissionais de acordo com os quadros ético e deontológico que regem a profissão, assumindo uma atitude humilde, de prontidão, compreensão e resiliência perante as adversidades. Paralelamente, o desenvolvimento de competências para analisar o comportamento dos profissionais de saúde face ao SP revelou-se fundamental no contexto deste estágio. Ao longo do mesmo, foi possível observar que o stresse manifestado pelos pais, frequentemente associado à incerteza do diagnóstico, mudanças na rotina familiar e preocupação com o bem-estar da criança, influencia diretamente a dinâmica da relação terapêutica. Deste modo, tornou-se essencial compreender como os diferentes profissionais respondem a estas situações e de que forma essas respostas impactam a família (Bertoncelli et al., 2025).

A observação sistemática da equipa permitiu identificar diversas estratégias utilizadas para lidar com o SP, tais como a comunicação empática, a disponibilização de informação clara e adequada ao nível de literacia dos pais, o apoio emocional imediato e a promoção de um ambiente seguro e acolhedor. Verificou-se que os profissionais que adotavam uma postura calma, recetiva e centrada na família conseguiam reduzir significativamente a ansiedade parental, promovendo maior confiança na equipa e maior colaboração nos cuidados.

Assim, a análise do comportamento dos profissionais perante o SP contribuiu não só para o desenvolvimento de competências observacionais, reflexivas e relacionais, como também, para reconhecer o impacto concreto das intervenções de enfermagem na redução do stresse dos cuidadores. RanZhang & Qian Dong (2025) concluem que práticas estruturadas de apoio emocional, educação parental e comunicação centrada na família podem diminuir significativamente o stresse dos pais em contextos pediátricos. Revisões integrativas apontam ainda que as intervenções de enfermagem que fomentam a participação parental, a compreensão do estado clínico da criança e o fortalecimento do papel parental são

estratégias fundamentais para atenuar sentimentos de ansiedade, incerteza e sobrecarga (Lebel & Charette, 2021). Estas evidências reforçam a importância de uma postura profissional humanizada, empática e orientada para a parceria terapêutica com a família, que não só favorece o bem-estar emocional dos cuidadores, mas também contribui para melhores resultados no processo de adaptação familiar ao contexto de doença da criança.

A promoção de saúde, embora muitas vezes negligenciada em serviços de urgência devido à prioridade do tratamento imediato, é essencial para evitar recorrências e reduzir hospitalizações futuras. A teoria de Nola Pender (1982), ao enfatizar o empoderamento do doente e a sua autonomia na gestão da saúde, oferece uma abordagem importante para o enfermeiro de urgência agir de forma preventiva, reduzindo os fatores de risco que podem levar a futuras crises. Na prática de enfermagem, esta teoria fornece um referencial fundamental para o planeamento de intervenções educativas e preventivas, permitindo ao enfermeiro identificar fatores que facilitam ou dificultam a adoção de comportamentos saudáveis. O enfermeiro assume, assim, um papel de facilitador, promovendo a autonomia, a capacitação e a responsabilização da pessoa e da família pela sua própria saúde (Konukbay, et al., 2024). No contexto do SUP, esta teoria revela-se particularmente relevante na capacitação dos pais e cuidadores, promovendo comportamentos saudáveis relacionados com os cuidados ao doente em idade pediátrica.

Ao longo do estágio, foi possível verificar que maioria das admissões no SUP correspondia situações clínicas agudas. Este fenómeno pode estar relacionado com o facto de muitos pais recorrerem aos SUP na tentativa de obter uma resposta mais rápida às necessidades de saúde das crianças em vez de procurarem, inicialmente, os recursos disponíveis nas unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários. Adicionalmente, diversas revisões como o de Mireles-Romo e colaboradores (2025) demonstram que uma proporção significativa das famílias que recorrem aos SUP apresenta situações clínicas que não configuram verdadeiras urgências hospitalares, podendo muitas vezes ser resolvidas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente no centro de saúde, através do médico de família ou nos atendimentos complementares de urgência.

De modo a colmatar esta lacuna durante o estágio procurou-se incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados prestados à criança doente, promovendo uma relação empática e de confiança entre a criança/jovem, a família e a equipa de enfermagem. A participação ativa da família nos cuidados à criança hospitalizada tem vindo a ser valorizada pela comunidade de enfermagem. Um estudo desenvolvido em 2024 que procurou analisar a perceção dos enfermeiros sobre o envolvimento familiar em situações críticas, reforça a importância da tríade criança-família-enfermeiro como medida promotora de proximidade, segurança e suporte emocional (Melo & Fernandes, 2024).

Deste modo, o enfermeiro assume a responsabilidade de preparar os pais para participar nos cuidados, demonstrando um processo de negociação e comunicação eficaz de modo a garantir interação, consenso e decisão conjunta sobre procedimentos, respeitando o papel da família como parceria de cuidados (Aguilar et al., 2021).

Paralelamente, a transmissão de orientações antecipatórias aos pais, com vista a promover comportamentos de saúde e prevenir complicações, constituiu uma prática constante, nomeadamente no acompanhamento de crianças com febre, diagnóstico mais comum durante o estágio. Segundo a literatura, o tratamento da febre em pediatria deve visar sobretudo o conforto da criança, privilegiando medidas gerais (hidratação, roupa leve, conforto térmico) e administrando antipiréticos apenas quando necessário, com base no peso e no desconforto, e não rotineiramente (DGS, 2018). Deste modo, foram realizados ensinamentos aos pais para a atuação eficaz em casa perante a febre, nomeadamente na oferta de líquidos, vigilância de sinais de alerta (prostração, sonolência, recusa alimentar, manchas na pele, vômitos, alteração na eliminação urinária, entre outros), de modo a prevenir idas desnecessárias ao SUP nos primeiros dias de febre.

De um modo geral, ao implementar estas atitudes visou-se a promoção da saúde promovendo a literacia e capacitando os pais para uma participação ativa e informada nos cuidados da criança alinhado com práticas de enfermagem pediátrica, que reconhecem o papel central da família no bem-estar e recuperação da criança (Aguilar et al., 2021).

No decorrer do estágio surgiu a oportunidade de, em conjunto com o enfermeiro orientador da sala de triagem, perceber o circuito da mesma, assim como, o Sistema de Triagem de Manchester conforme estabelecido na Norma n.º 002/2018 relativa aos Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e à Referenciação Interna Imediata (DGS, 2018). Esta colaboração possibilitou o conhecimento de competências específicas na avaliação de situações clínicas envolvendo crianças, jovens e os seus familiares. A triagem visa determinar o grau de prioridade clínica mediante um código de cores: vermelho para prioridade emergente; laranja para muito urgente; amarelo para urgente; verde para pouco urgente; e azul para não urgente (DGS, 2018). Os casos referenciados de outros contextos, nomeadamente, cuidados de saúde primários e outras ULS são novamente triados e é-lhes atribuída outra pulseira de acordo com o código de cores.

Foi possível uma integração consistente na dinâmica do serviço nomeadamente na prestação de cuidados a crianças e adolescentes com as mais diversas patologias na sala de inaloterapia, UCID e sala de tratamentos. Foi possível aprofundar técnicas e conhecimentos relativos aos diagnósticos mais frequentes do SUP, nomeadamente infeções respiratórias, infeções do trato urinário, patologias gástricas e intestinais. No que diz respeito à abordagem

da dor na criança durante os procedimentos invasivos, como a colocação de cateter venoso periférico, cateterismo vesical, entre outros, toda a equipa de Enfermagem aplica apenas a estratégia não farmacológica de suporte emocional através da presença da mãe/pai durante o procedimento. Com isto, concluiu-se que quando era aplicada esta estratégia incentivando os pais para o seu envolvimento durante o procedimento, a criança permanecia mais calma permitindo que esta recuperasse mais rapidamente, diminuindo sentimentos de medo e ansiedade.

A equipa multidisciplinar está envolvida num projeto de simulações “Projeto de Melhoria de Segurança na Administração de Medicação em Emergência Pediátrica”, que foi elaborado no sentido de utilizar a simulação e o debriefing no serviço com o intuito de minimizar o stress causado aos enfermeiros durante estes procedimentos em contexto de emergência, para promover o trabalho em equipa e melhorar a comunicação nestas situações. Para além disso contribuir para a segurança do doente (Machado et al., 2026). É realizado em contexto de formação em serviço e pelo menos quatro vezes ao ano. No que respeita a formação em serviço, foram realizadas duas durante o período de estágio intituladas “Ansiedade e Idade Pediátrica” e “Simulação de preparação e administração de fármacos em contexto de urgência”.

Foi também possível acompanhar o processo de requisição de material e medicação através da aplicação Gestão Hospitalar e Farmácia (GHAF). Estas requisições são efetuadas semanalmente, ou sempre que necessário, após a identificação das necessidades decorrentes do levantamento de material e fármacos em falta. Foi possível, com a minha colaboração elaborar um documento relativo à dotação e validades dos fármacos existentes no serviço de modo a facilitar os pedidos dos mesmos à Farmácia, documento que estava em falta no serviço. Procedeu-se igualmente à verificação dos prazos de validade dos materiais e medicamentos existentes na sala de stock, na sala de enfermagem e na sala de emergência.

No contexto do ensino clínica, à semelhança do anterior, a presença da enfermeira supervisora clínica revelou-se fundamental. A sua disponibilidade para supervisionar, partilhar conhecimentos e promover momentos de reflexão crítica permitiu uma integração rápida e segura num ambiente caracterizado pela imprevisibilidade e necessidade de tomada de decisão célere. Este apoio contribuiu para o reforço da autonomia e para a consolidação das competências clínicas e relacionais exigidas nesta área. Paralelamente, possibilitou o desenvolvimento de estratégias eficazes de autogestão de sentimentos e emoções, essenciais para manter uma postura assertiva, empática e centrada na criança e na família, mesmo em situações de elevada pressão.

Este período de formação revelou-se particularmente enriquecedor, não só pela orientação próxima da EESIP, mas também pela colaboração com toda a equipa do SUP, cuja partilha de saberes e experiências contribuiu significativamente para o meu crescimento. Tratou-se, sem dúvida, de uma etapa de grande relevância tanto a nível profissional como pessoal, proporcionando ampliação da minha visão sobre a prática e a intervenção em Enfermagem, consolidando o meu desenvolvimento enquanto futura EESIP. Para além das competências técnicas e relacionais adquiridas, destaco sobretudo a reflexão profunda sobre a importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados, orientados para a promoção e maximização da saúde da criança/jovem e da sua família.

### 3. Estágio de Internamento de Pediatria

O estágio de Internamento de Pediatria decorreu no Serviço de Pediatria (SP) numa ULS do Norte de Portugal, entre o período de 08 de dezembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, totalizando uma carga horária de contacto de 120 horas repartidas em seis semanas. As horas são distribuídas pelos seguintes horários: turno da manhã (8h – 15h:30min), turno da tarde (15h – 22h30min) e turno da noite (22h – 8h30min), sob supervisão clínica de uma EEESIP.

Este serviço atende crianças e adolescentes dos 0 aos 17 anos e 364 dias, e divide-se em internamento de Pediatria Médica e Pediatria Cirúrgica e Consulta Externa. Tem como finalidade assegurar cuidados de saúde diferenciados de qualidade com segurança crianças e adolescentes desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. A sua missão centra-se na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, humanizados e adequados às necessidades da criança e da família, promovendo a sua segurança e bem-estar. É garantido o direito à presença permanente de um dos pais ou de outro familiar de referência durante a permanência no serviço.

Estruturalmente, é constituído por sala de enfermagem, gabinete médico, sala de atividades lúdicas com apoio da educadora de infância, gabinete da Enfermeira Gestora, gabinete do Diretor de Serviço, refeitório para as crianças e pais, sala de tratamentos que funciona de igual forma como sala de emergência, copa para os profissionais de saúde, quinze enfermarias com capacidade para vinte e uma camas/berços, duas casas de banho para as crianças/adolescentes e respetivos acompanhantes, sala de stock de materiais e salas de stocks de equipamentos. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos e educadora infantil. A equipa de enfermagem integra uma Enfermeira Gestora, dezoito enfermeiros sendo seis EEESIP.

Ao longo do estágio no SP, considero que os objetivos definidos inicialmente foram cumpridos de forma sólida e organizada. Reconheço que a integração na equipa proporcionou uma melhor compreensão da estrutura física e funcional do serviço, bem como do modo como os diversos profissionais colaboram entre si dentro da equipa multidisciplinar, aspetos essenciais para garantir cuidados de enfermagem especializados à criança, ao adolescente e à sua família. A prática desenvolvida foi conduzida em consonância com os direitos humanos e com as responsabilidades inerentes ao exercício profissional, em conformidade com os referenciais éticos e deontológicos que regulam a profissão, evidenciando uma postura profissional pautada pela humildade, disponibilidade, compreensão e resiliência perante situações adversas.

De acordo com o regulamento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal, o domínio da gestão de cuidados engloba a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem de forma a otimizar as respostas da equipa e a articulação da mesma com a equipa multiprofissional, adaptando estratégias de liderança e gestão dos recursos à diferentes situações para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Estas competências exigem ao enfermeiro não só conhecimentos técnicos, mas também competências de coordenação, tomada de decisão, supervisão de tarefas, comunicação eficaz e liderança, culminando numa integração de novos profissionais eficaz e eficiente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste contexto, a integração de novos membros na equipa não é apenas um processo logístico, mas também um elemento inerente à gestão de cuidados, pois envolve, de acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica (Regulamento n.º 366/2018, 2018 p. 16657), a supervisão, orientação e desenvolvimento de competências dos novos profissionais, garantindo que estes compreendem e assimilam as rotinas, normas e expectativas do serviço. A literatura enfatiza que competências de gestão, como comunicação, desenvolvimento da equipa, monitorização da qualidade e gestão de recursos impactam diretamente a satisfação profissional, a retenção de pessoal e a qualidade global dos cuidados de enfermagem, aspetos que se refletem durante a adaptação de novos enfermeiros e estagiários ao serviço (Choi et al., 2022). Deste modo, ao delegar a integração a uma colega experiente, o Enfermeiro Gestor está a promover não só a adaptação prática, mas também o desenvolvimento da competência coletiva no domínio da gestão dos cuidados, contribuindo para uma prática profissional mais segura, eficaz e centrada no doente.

Durante o período de estágio foi possível aplicar e desenvolver estratégias que promovem o apoio à transição e desempenho para a parentalidade, reforçando a importância de envolver e capacitar os pais como parceiros ativos nos cuidados à criança/jovem. Esta abordagem está em consonância com os princípios do cuidado centrado na família, nos quais a mesma é reconhecida como elemento crucial no processo de cuidado e tomada de decisões, com impacto positivo na experiência de hospitalização e na satisfação parental (Vasey et al., 2019 & Silva et al., 2024). Exemplo dessas estratégias é a comunicação adequada, clara, empática e ajustada às necessidades individuais de cada família, facilitando a partilha de informação de forma compreensível, estabelecendo confiança com os pais e reduzindo sentimentos como ansiedade, medo e desconfiança associados à hospitalização da criança/jovem.

No que respeita à negociação do envolvimento dos pais nos cuidados de enfermagem, esta foi realizada de forma progressiva e organizada, respeitando crenças, valores e vontades

de acordo com as competências e disponibilidade de cada família. A ação negociada permitiu não apenas envolver os pais nos cuidados habituais de conforto e bem-estar, como também prepará-los, para participação em cuidados mais complexos, respeitando a autonomia, vontade e aptidão dos mesmos. Este processo de negociação e parceria está inserido no modelo de cuidados centrados na família e tem sido amplamente reconhecido como elemento central da prática pediátrica de qualidade (Silva et al., 2024). O SP adotando a filosofia da parceria de cuidados de Anne Casey, visa reconhecer e valorizar o papel da família no cuidado à criança hospitalizada.

Deste modo, a promoção da parceria de cuidados centrados na família, inspirada no modelo de Anne Casey, enfatiza a importância de reconhecer os pais como cuidadores primários, capazes de contribuir de forma ativa para o cuidado da criança/jovem durante a hospitalização. Este modelo sustenta que a participação parental, apoiada por enfermeiros, fortalece o desempenho parental e melhora o processo adaptativo da família às mudanças inerentes à hospitalização. Vasey e colaboradores (2019) destacam a importância desta parceria para o desenvolvimento de práticas de cuidado que respeitem a individualidade da criança e da família e que promovam relações colaborativas entre enfermeiros e pais. Assim, ao longo do estágio, as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências no apoio à transição da parentalidade, afirmando o compromisso com uma prática de enfermagem centrada na família e na maximização da saúde e bem-estar da criança/jovem e dos seus cuidadores.

A implementação de práticas de cuidados que promovam a segurança física e emocional, assim como o respeito pelos princípios éticos e científicos servem de alicerces na elaboração do plano de cuidados. Esta abordagem integradora favorece a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a maximização do bem-estar da criança/jovem e da sua família. Relativamente à identificação de procedimentos potencialmente dolorosos, esta etapa constitui-se crucial na planificação do cuidado, culminando numa atitude proativa face à dor infantil. A dor deve ser sistematicamente avaliada e gerida em crianças, uma vez que, a sua subavaliação e subtratamento constituem, muitas vezes, respostas adversas e experiências traumáticas tanto para a criança como para a família. Muniz de Alenquer e colaboradores (2024), recomendam o uso de escalas de avaliação específicas para cada faixa etária, de forma a garantir uma avaliação fidedigna da experiência dolorosa e orientar intervenções eficazes para o seu controlo, nomeadamente intervenções não farmacológicas. Durante o estágio tive oportunidade de pôr em prática esta premissa. Ao realizar o plano de cuidados e antecipar as intervenções potencialmente dolorosas pude aplicar estratégias não farmacológicas eficazes de modo a não traumatizar crianças/jovens e suas famílias. A

comunicação empática e adequada a cada faixa etária, assim como o reforço positivo, constituíram-se fundamentais para assegurar um processo equilibrado no controlo da dor.

Também a criação de um ambiente terapêutico acolhedor e seguro, tanto físico como emocional representa uma estratégia indispensável para a humanização dos cuidados em situações de maior complexidade. Este ambiente proporciona a participação dos pais ou cuidadores nos cuidados, considerando as necessidades individuais da criança/jovem e da família, integrando práticas baseadas em evidências que respeitem as preferências culturais, o desenvolvimento cognitivo e os fatores psicossociais envolvidos na experiência de saúde-doença. Dessa forma, a prática do EEESIP alinha-se com padrões de excelência profissional, promovendo cuidados seguros, competentes e centrados na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Como diagnósticos mais frequentes relativos à Pediatria Cirúrgica, constatei que foram: Meringotomia, Amiglectomia, Eletrocoagulação dos Cornetos e ainda Adenectomia. Os cuidados de enfermagem nestes doentes são a vigilância de perdas hemáticas, monitorização de sinais vitais e monitorização do estado de consciência. Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar de perto e prestar estes cuidados, essências para uma boa recuperação pós-operatória. Em conjunto com a EEESIP consolidei competências na área cirúrgica, nomeadamente ensinamentos aos pais e cuidados a ter no domicílio.

Por fim, foi proposto elaborar um guia de receção de informação para o internamento (Apêndice III). Foi realizado tendo em conta a necessidade de existir um suporte físico que servisse de orientação para a receção de informação aquando do internamento da criança/jovem. Este documento é útil uma vez que agrupa, de uma forma geral, as necessidades e intercorrências da criança/jovem assim como patologia e diagnóstico, contribuindo para a transmissão de informação segura e adequada.

A enfermeira supervisora, assumiu um papel central e determinante ao longo de todo o processo formativo, constituindo-se como uma referência profissional, científica e ética na integração e desenvolvimento das competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A sua atuação foi fundamental para a consolidação dos conhecimentos teóricos e aplicação contextualizada à prática clínica, promovendo uma aprendizagem significativa, progressiva e sustentada na evidência científica. Enquanto facilitadora do processo de aprendizagem, a enfermeira orientadora promoveu um ambiente pedagógico seguro, estimulante e reflexivo, favorecendo a autonomia gradual, o pensamento crítico e a tomada de decisão fundamentada. Através do acompanhamento próximo, da supervisão contínua e do feedback construtivo, contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados de

enfermagem preconizados pela Ordem dos Enfermeiros e com o Regulamento de Competências do EEESIP (Regulamento n.º 132/2018, 2018 p. 19192; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De um modo geral, o estágio no SP contribuiu de forma determinante para a aquisição e consolidação de competências específicas do EEESIP, com impacto direto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e à sua família. A prática clínica permitiu o desenvolvimento de um raciocínio clínico sistematizado, sustentado na avaliação integral da criança e no reconhecimento das necessidades físicas, emocionais e familiares, promovendo intervenções de enfermagem individualizadas e baseadas na evidência científica. Adicionalmente, este período contribuiu para o desenvolvimento da autonomia progressiva, da tomada de decisão clínica e da gestão de cuidados em contextos pediátricos, promovendo uma atuação responsável, ética e humanizada. A reflexão contínua sobre a prática, aliada ao acompanhamento da Enfermeira Orientadora, permitiu identificar áreas de melhoria e consolidar aprendizagens significativas, reforçando a importância da prática reflexiva como instrumento de desenvolvimento profissional.



## **Parte II – Estudo de Investigação**



## 4. Enquadramento Teórico

### SP em Ambiente Neonatal

A hospitalização de um RN's em UCIN's constitui uma rutura abrupta das expectativas do período pós-parto, desencadeando respostas emocionais intensas dos pais, nomeadamente medo, ansiedade, sofrimento, incerteza e sensação de perda do papel parental tradicional (Sousa & Curado, 2020; Konukbay et al., 2024). Esta experiência representa um SP específico, cuja natureza é influenciada, tanto pelos fatores clínicos, como pelo contexto ambiental e relacional em que o internamento ocorre.

As fontes de stresse identificadas na literatura incluem a separação física prolongada, a impossibilidade de participação efetiva nos cuidados e a exposição a tecnologia médica invasiva, como ventiladores e monitores, que não só simbolizam a fragilidade clínica do RN, como também, uma ameaça percebida à construção do vínculo afetivo e à identidade parental (Kawafha et al., 2025; Konukbay et al., 2024). O ambiente físico da UCIN, com ruído de alarmes, iluminação intensa e equipamentos, é também reconhecido como um fator de stresse relevante que contribui para sensações de sobrecarga, impotência e vulnerabilidade nos pais (Kawafha et al., 2025).

O SP é, assim, um fenómeno transdisciplinar e multifacetado, que envolve aspetos psicológicos, comportamentais e sociais, influenciando negativamente o bem-estar global dos cuidadores e o seu funcionamento adaptativo (Sousa & Curado, 2020). No âmbito da parentalidade, é conceptualizado como um desequilíbrio entre as exigências percebidas do papel parental e os recursos internos e externos disponíveis para enfrentá-las (Brito & Faro, 2016). Esta definição tem sido sustentada por pesquisas que reportam níveis elevados de SP associados à alteração do papel parental, preocupações com a saúde do RN e sentimentos de ineficácia na função de cuidado (Bua et al., 2024).

Estudos longitudinais têm demonstrado que o SP pode persistir ao longo do primeiro ano após a alta da UCIN, com padrões distintos de stresse entre mães e pais, sendo frequentemente associada a menores oportunidades de ligação no contexto hospitalar e a uma experiência prolongada de incerteza (Klein & McDonald, 2024). Vários fatores sociodemográficos e clínicos, como o tempo de hospitalização, a gravidade da condição do RN, características do nascimento, e o nível de informação e suporte recebidos, têm sido associados ao nível de SP, sublinhando a complexidade do fenómeno (Oliveira & Brandão, 2025).

A presença e participação ativa dos pais nos cuidados neonatais têm sido identificadas como estratégias eficazes para reduzir o stresse e fortalecer a vinculação afetiva. Pesquisas

evidenciam que intervenções de suporte parental que incluam informação contínua, envolvimento direto nos cuidados de rotina e apoio psicossocial especializado está associada a menores níveis de stresse e melhor adaptação parental (Konukbay et al., 2024; Oliveira & Brandão, 2024).

Nesse contexto, o papel do enfermeiro assume um carácter central não apenas na gestão clínica do RN também na modulação do SP, através de práticas que promovam a família como foco dos cuidados, reforcem a literacia em saúde e estimulem o empowerment parental (Santos, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2018). Adicionalmente, evidências sugerem que estratégias de apoio contínuo, adaptadas às necessidades de mães e pais, podem contribuir para reduzir manifestações psicológicas adversas e melhorar experiências de cuidado em ambiente hospitalar.

### **Desafios dos Enfermeiros na Gestão do SP**

Os enfermeiros que trabalham na UCIN ocupam uma posição central na interface entre a tecnologia de cuidados intensivos e as necessidades psicossociais das famílias, o que condiciona profundamente as suas vivências profissionais face ao SP (Maleki et al., 2022). A literatura aponta que estes profissionais, não só prestam cuidados clínicos aos RN, como estão constantemente envolvidos na interpretação, antecipação e gestão das necessidades e respostas emocionais dos pais, especialmente em situações de crise ou elevada incerteza clínica (Ono & Asano, 2023; Konukbay et al., 2024).

O relacionamento interpessoal com os pais é um dos desafios frequentemente mencionados na literatura, representando uma barreira para os enfermeiros que prestam apoio aos pais de RN internados na UCIN (Sidek et al., 2021). A interação com os pais revela-se, deste modo, desafiante na medida em que, sendo os pais inexperientes no ato de cuidar, os problemas de comunicação são frequentes. Burney e colaboradores (2024) apontam que o envolvimento parental é um processo complexo e dinâmico, enfatizando que contribuições conjuntas de envolvimento entre pais e enfermeiros culminam no desenvolvimento de relações terapêuticas. Outro aspeto mencionado é a sobrecarga de trabalho (Sidek et al., 2021). A sobrecarga de trabalho limita o tempo disponível para os enfermeiros interagirem com os pais, conduzindo muito vezes a falta de informação, falta de empatia ou ainda impossibilidade de apoio psicológico. Surge assim, o desafio de equilibrar o cuidado ao RN e o apoio aos pais.

Os enfermeiros relatam que a construção de confiança parental e a promoção da adaptação ao papel de cuidador são processos complexos, que exigem sensibilidade, comunicação eficaz e uma leitura contínua das dinâmicas familiares. Em abordagens

qualitativas, emergem fenômenos como a percepção de dificuldades no desenvolvimento do papel parental, a avaliação da capacidade dos pais de responder às exigências do cuidado e a criação de um ambiente que favoreça a confiança dos cuidadores, elementos que condicionam as decisões de intervenção dos enfermeiros no cotidiano da UCIN (Ono & Asano, 2023).

A gestão do SP faz-se, muitas vezes, de forma proativa e antecipatória. Os enfermeiros, através da interação com os pais, conseguem identificar sinais emergentes de ansiedade, insegurança ou dúvidas sobre os cuidados, ajustando a sua abordagem comunicacional e educativa para responder às necessidades específicas de cada família. Esta prática de “leitura clínica” incorpora tanto a observação das respostas verbais e não verbais dos pais quanto à interpretação das interações com o RN, contribuindo para intervenções que favoreçam a adaptação parental (Loutfy et al., 2024; Konukbay et al., 2024).

Um aspecto recorrente nas vivências relatadas pelos enfermeiros é o equilíbrio delicado entre suportar emocionalmente os pais e manter a objetividade clínica. A necessidade de fornecer informação clara, acessível e adaptada ao nível de literacia dos pais tem sido identificada como um desafio constante, particularmente em contextos em que a ansiedade e o medo podem influenciar a compreensão e o processamento de informações críticas (Ono & Asano, 2023). A literatura destaca que estratégias específicas, como encontros regulares de atualização, explicações passo a passo e envolvimento prático dos pais nos cuidados básicos, contribuem para reduzir a sensação de impotência e abandono vivenciada pelos cuidadores (Ono & Asano, 2023).

Além disso, a gestão do SP exige uma articulação constante com a equipa multidisciplinar, pelo que os enfermeiros frequentemente assumem um papel de interlocutores entre os profissionais clínicos e os pais. Esta mediação ampliada envolve não apenas a transmissão de informação técnica, mas também a facilitação de canais de comunicação empáticos e bidirecionais, promovendo um ambiente de confiança e parceria no cuidado (Amalki et al., 2025).

As vivências profissionais também são afetadas pela percepção de responsabilidade emocional que os enfermeiros assumem em relação ao bem-estar parental. Sentimentos de cuidado, empatia e vontade de apoiar são frequentemente acompanhados pela pressão de gerir expectativas parentais em contextos de incerteza clínica, uma tensão que pode contribuir para o desgaste emocional rápido e de desequilíbrios de poder, nomeadamente limitações estruturais no cuidado centrado na família (Ono & Asano, 2023).

Enfermeiros em UCIN enfrentam exigências emocionais contínuas ao cuidarem de RN gravemente doentes e apoiarem famílias em sofrimento. A exposição repetida a traumas e ao

luto parental pode levar a fadiga por compaixão – um estado de exaustão emocional que reduz a capacidade de empatia. Um estudo realizado em 2025 por Hagen e colaboradores sugere que muitas vezes os enfermeiros da UCIN vivenciam a fadiga por compaixão devido ao stresse emocional e ao encargo oculto de cuidar de RN gravemente doente e das famílias. Isso pode levar à exaustão física e psicológica, afetando tanto o cuidado ao RN quanto a vida pessoal. Este estudo evidencia que o apoio parental não é apenas um fator que reduz o stresse nos pais, mas simultaneamente, pode ser interpretado como uma fonte de stresse para os enfermeiros, influenciando a sua saúde mental e a prática clínica. Estas conclusões destacam a necessidade de apoio sistemático para salvaguardar o bem-estar emocional dos enfermeiros.

Essas experiências evidenciam que, para além das competências técnicas, os enfermeiros desenvolvem competências relacionais e comunicacionais especializadas que lhes permitem construir uma prática de apoio parental sensível e eficaz. A literatura aponta, por isso, para a importância de formação contínua em áreas como comunicação terapêutica, promoção da parentalidade e intervenção psicossocial, com vista a otimizar a capacidade destes profissionais em gerir o SP de maneira integrada e centrada na família (Konukbay et al., 2024 & Amalki et al., 2025).

Em síntese, as vivências dos enfermeiros na gestão do SP refletem um papel complexo e multidimensional, que combina conhecimento clínico, competências interpessoais e sensibilidade contextual. Estes profissionais assumem um compromisso contínuo com a adaptação familiar, interpretando dinâmicas emocionais, promovendo confiança e apoiando os pais na reconstrução do seu papel parental num contexto de elevada vulnerabilidade.

### **Implicações Para a Prática e Formação Profissional**

A literatura sublinha que o cuidado neonatal centrado na família, e em particular no apoio ao SP, tem implicações significativas não só na qualidade do cuidado prestado, como também na formação contínua e capacitação profissional dos enfermeiros. Estes elementos são fundamentais para a prática clínica eficiente em contextos de alta complexidade emocional como as UCIN.

Investigações como a de Lee (2023), apontam que a implementação de modelos centrados na família, onde os pais são encorajados a participar ativamente nos cuidados diários ao RN e nos processos de tomada de decisão, está associada a benefícios para as famílias e o desenvolvimento infantil. Ambientes que promovam privacidade e conforto, cultivam a participação parental nos cuidados. Não obstante, para implementar com sucesso os cuidados centrados na família, a cultura do cuidado e as políticas hospitalares devem ser

modificadas, assim como a formação sólida não apenas em cuidados técnicos, como também na comunicação com as famílias na gestão emocional (Lee, 2023).

Também Weber e colaboradores (2022) concluíram que, mesmo em países com elevada tecnologia e recursos, como os Estados Unidos da América, muitos enfermeiros relatam que a falta de formação em suporte psicológico e apoio emocional aos pais, limita a eficácia das interações com as famílias e a implementação de cuidados centrados na família adequados. Estas conclusões têm implicações claras para a formação profissional, vindo assim questionar a necessidade de formação contínua em competências em comunicação terapêutica, estratégias de gestão emocional e práticas de suporte familiar em contexto neonatal (Weber et al., 2022).

O mesmo estudo revelou que muitas UCIN têm lacunas significativas em relação a recursos de apoio à saúde mental dos pais e profissionais (como psicólogos e ou serviços de acompanhamento), e que menos de metade dos enfermeiros se sente preparado e capacitado para prestar apoio psicológico estruturado e adequado. Deste modo, a formação clínica deve ser complementada com programas que abordem a escuta ativa, SP e estratégias na gestão da resposta psicossocial ao stresse (Weber et al., 2022).

A evidência científica sustenta que os desafios enfrentados pelos enfermeiros em UCIN, nomeadamente na gestão do SP, têm fortes implicações para a prática e formação profissional. A necessidade de competências relacionais, comunicação efetiva, suporte emocional e estratégias terapêuticas específicas é amplamente reconhecida, o que reforça que a formação em neonatologia deve integrar, além da técnica, componentes psicossociais estruturados e centrados na família.

## 5. Metodologia

Neste estudo foi adotada uma abordagem qualitativa de natureza fenomenológica, orientada pelo método hermenêutico-fenomenológico descrito por Max van Manen (2016). Esta abordagem visa a compreensão aprofundada do significado das experiências vividas, permitindo aceder à forma como os participantes percebem, interpretam e atribuem sentido aos fenómenos experienciados no seu contexto profissional. No presente estudo, esta metodologia revelou-se particularmente adequada, uma vez que se pretende compreender as vivências dos enfermeiros na gestão do SP em contexto de neonatologia, valorizando as suas perceções, emoções e práticas de cuidar.

De acordo com Van Manen (2016), a investigação fenomenológica desenvolve-se a partir de seis atividades fundamentais, que não devem ser entendidas como etapas sequenciais, mas como processos interligados e dinâmicos.

A primeira atividade consiste em voltar-se para a natureza da experiência vivida, centrando a investigação num fenómeno que desperta interesse genuíno do investigador. Neste estudo, essa orientação manifesta-se na intenção de compreender como os enfermeiros experienciam e interpretam as estratégias utilizadas na gestão do SP, fenómeno emergente da prática clínica quotidiana em unidades de neonatologia.

A segunda atividade refere-se à investigação da experiência tal como é vivida, e não como é conceptualizada ou teorizada. Neste sentido, recorreu-se à realização de entrevistas semiestruturadas, que permitiram aos participantes descreverem livremente as suas experiências, práticas e sentimentos associados ao apoio prestado aos pais de RN internados. Esta estratégia possibilitou o acesso a narrativas autênticas, ancoradas na vivência concreta dos enfermeiros no contexto da unidade de neonatologia.

A terceira atividade consiste na reflexão sobre os temas essenciais que caracterizam o fenómeno, procurando identificar os significados centrais presentes nos discursos dos participantes. No presente estudo, a análise fenomenológica permitiu identificar temas comuns e significados partilhados relativos às estratégias de enfermagem utilizadas na gestão do SP, evidenciando dimensões relacionais, emocionais e éticas do cuidar.

A quarta atividade proposta por Van Manen prende-se com a descrição do fenómeno através da escrita e reescrita, entendida como um processo reflexivo que contribui para a clarificação e aprofundamento dos significados emergentes. Assim, a escrita dos resultados e da discussão foi desenvolvida de forma cuidada e reflexiva, procurando traduzir, de modo

fiel, a essência das experiências vividas pelos enfermeiros, sem perder a sua complexidade e contexto.

A quinta atividade refere-se à manutenção de uma orientação forte e focada em relação ao fenómeno, evitando dispersões que se afastem da questão de investigação. Ao longo de todo o processo de investigação, manteve-se o foco na experiência dos enfermeiros relativamente à gestão do SP, assegurando a coerência entre a questão de investigação, os objetivos definidos, a recolha e a análise dos dados.

Por fim, a sexta atividade diz respeito à consideração do contexto global da investigação, equilibrando a atenção às partes e ao todo. Neste estudo, procurou-se compreender cada narrativa individual no seu contexto específico, referenciando o fenómeno global da gestão do SP em neonatologia, permitindo uma compreensão integrada e contextualizada da experiência profissional dos enfermeiros.

### 5.1. Objetivos do Estudo

O presente estudo tem como objetivo central compreender as vivências dos enfermeiros na gestão do SP numa unidade de neonatologia. De modo a potenciar este objetivo foram definidos três objetivos específicos:

- Explorar as perceções dos enfermeiros sobre o SP vivenciado pelos pais de RN internados na unidade de neonatologia;
- Identificar estratégias de enfermagem utilizadas para apoiar e minimizar o SP durante o internamento neonatal;
- Analisar os significados atribuídos pelos enfermeiros às suas intervenções no apoio emocional aos pais.

### 5.2. População e Amostra

Os participantes do presente estudo são enfermeiros que exercem funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Norte de Portugal. Foi utilizada, como técnica de amostragem, a amostragem intencional por conveniência e relevância, por se tratar de uma estratégia adequada a estudos qualitativos de natureza fenomenológica (Gomes & Borges, 2022). Esta opção permitiu a inclusão de enfermeiros com experiência relevante em unidades de neonatologia, assegurando o acesso a participantes diretamente envolvidos no fenómeno em estudo e possibilitando a recolha de dados ricos e significativos, ancorados nas vivências quotidianas destes profissionais no contexto da UCIN.

Foram selecionados, assim, os enfermeiros disponíveis e dispostos a participar no estudo, de acordo com os critérios previamente determinados, respeitando as características e o contexto de estudo. Os critérios de inclusão adotados foram: exercer funções na UCIN há mais de quatro anos e disponibilidade em participar no estudo de forma voluntária após o consentimento informado. Como critérios de exclusão: enfermeiros com menos de quatro anos de serviço e enfermeiros que estiveram de licença nos últimos dois anos.

A amostra é composta por nove enfermeiros, que trabalham há mais de quatro anos na UCIN, sendo que, o tempo de serviço dos profissionais de saúde variou de cinco anos a vinte anos. Foram entrevistados enfermeiros de ambos os sexos e a faixa etária compreende-se entre os trinta e quatro e os sessenta e cinco anos.

### 5.3. Instrumentos de Recolha de Dados

A técnica de recolha de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, por se tratar de um método que conjuga questões previamente definidas com a flexibilidade necessária à exploração livre das experiências dos participantes. Esta abordagem revelou-se particularmente adequada à presente investigação, uma vez que permitiu aprofundar um fenómeno complexo, possibilitando a formulação de questões emergentes e a clarificação das respostas, de acordo com o discurso e as vivências dos enfermeiros (Santos et al., 2021).

Foi elaborado um guião de entrevista de natureza fenomenológica, construído especificamente para o presente estudo (Apêndice IV). Este instrumento teve como finalidade servir de orientação flexível ao processo de recolha de dados, assegurando a abordagem dos temas centrais definidos, sem comprometer a liberdade dos participantes para conduzirem o discurso. Procurou-se criar um espaço de expressão aberta, favorecendo a exploração das vivências, percepções e significados atribuídos à experiência em estudo, em consonância com os pressupostos da abordagem fenomenológica.

A entrevista é composta por sete questões abertas, estruturadas de forma a promover a reflexão crítica e descritiva dos participantes. Destas, quatro incidem especificamente sobre as vivências relacionadas com a gestão do SP, permitindo explorar as estratégias mobilizadas, as dificuldades sentidas, os recursos utilizados e a percepção do papel do enfermeiro no apoio à família. As restantes questões visam contextualizar o percurso profissional dos participantes e aprofundar dimensões complementares relevantes para a compreensão global do fenómeno.

#### 5.4. Procedimentos de Recolha de Dados

As entrevistas foram realizadas de forma presencial entre novembro de 2025 e janeiro de 2026. O processo teve início com a apresentação da investigadora e do estudo, bem como com a explicitação dos seus objetivos, seguindo-se a obtenção do consentimento informado por escrito, assinado em duplicado pelos participantes (Anexo I).

Durante a realização das entrevistas, foi assegurada a legitimidade de todo o processo, bem como o cumprimento dos princípios éticos inerentes à investigação em saúde, nomeadamente a confidencialidade, o anonimato e o uso exclusivo das informações recolhidas para fins científicos. Para tal, os participantes foram devidamente esclarecidos quanto à temática abordada e à forma como os dados seriam tratados, garantindo um ambiente de confiança e segurança proporcionando a partilha das experiências vividas.

No decurso da entrevista, procurou-se compreender as vivências dos enfermeiros relativamente à gestão do SP em contexto de unidade de neonatologia, explorando as perceções, práticas e significados atribuídos às intervenções no quotidiano da prática clínica. No final de cada entrevista, foi dada oportunidade aos participantes para acrescentarem outros aspetos que considerassem relevantes e que não tivessem sido previamente abordados, permitindo uma exploração mais ampla e aprofundada do fenómeno em estudo. O encerramento da entrevista foi efetuado com o agradecimento pela disponibilidade, colaboração e contributo prestado para a investigação.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, gravadas em suporte áudio Mp3, mediante autorização dos participantes.

#### 5.5. Tratamento e Análise dos Dados

A análise dos dados foi orientada pelos pressupostos da fenomenologia hermenêutica proposta por Max van Manen (1990), que concebe a análise como um processo interpretativo, reflexivo e dinâmico, desenvolvido em estreita articulação com a escrita e a leitura reiterada dos textos (Van Manen, 2016). Segundo o autor, a análise fenomenológica não segue etapas rígidas, mas implica um movimento contínuo entre as partes e o todo, permitindo ao investigador aprofundar progressivamente a compreensão do fenómeno em estudo.

Recorreu-se ao programa AIQDA (AIQDA, 2026), ferramenta de inteligência artificial, como base de suporte e apoio para a transcrição das entrevistas e seleção das categorias em análise. Este programa permitiu codificar e identificar as unidades de registo das entrevistas. Serviu especialmente para ganhar eficiência na fase inicial da análise, não substituindo a

interpretação analítica do investigador, especialmente nesta abordagem fenomenológica hermenêutica, em que o significado vivido é central.

Após a transcrição integral das entrevistas, procedeu-se a uma leitura atenta e repetida dos textos, com o intuito de apreender o seu significado global. Esta fase inicial permitiu uma aproximação compreensiva às experiências relatadas pelos enfermeiros, favorecendo uma atitude reflexiva e aberta ao fenómeno da gestão do SP em contexto de neonatologia. De acordo com Van Manen (2016), esta imersão nos dados é fundamental para que o investigador se mantenha orientado para a experiência vivida, evitando interpretações prematuras ou excessivamente teóricas.

A identificação dos temas essenciais constituiu uma etapa crucial da análise fenomenológica. Para tal, recorreu-se à abordagem temática proposta por Van Manen, que envolve a seleção de excertos significativos das narrativas e a reflexão sobre o que estes revelam acerca da experiência vivida. Os temas emergiram da análise interpretativa dos discursos, procurando captar os significados partilhados pelos participantes relativamente às estratégias de enfermagem utilizadas na gestão do SP. Estes temas não foram entendidos como categorias fixas, mas como estruturas de significado que contribuem para a compreensão da essência do fenómeno.

Ao longo do processo analítico, foi mantida uma postura reflexiva, reconhecendo a influência das suas experiências e pressupostos na interpretação dos dados. A reflexividade é considerada um elemento fundamental na investigação fenomenológica, uma vez que permite tornar explícita a relação entre o investigador e o fenómeno estudado, reforçando o rigor e a credibilidade da análise (Sobreira et al., 2025).

A escrita assumiu um papel central na análise dos dados, sendo entendida como um processo de construção e aprofundamento do significado. A descrição dos resultados resultou de um processo contínuo de escrita e reescrita, com o objetivo de traduzir de forma fiel e sensível as experiências vividas pelos participantes, preservando o seu contexto e complexidade. Este processo contribuiu para uma compreensão profunda e contextualizada da experiência dos enfermeiros na gestão do SP em unidades de neonatologia.

## 5.6. Considerações Éticas

A realização de qualquer investigação científica pressupõe o cumprimento rigoroso de princípios éticos, fundamentais para a proteção dos participantes e para a credibilidade do processo investigativo. A ética assume, assim, um papel central na investigação, na medida em que orienta as opções metodológicas e estabelece limites à atuação do investigador (Severino, 2014)

Neste sentido, foi obtido parecer favorável à Comissão de Ética da ULSTMAD, instituição onde o estudo foi desenvolvido (Anexo II), assegurando a conformidade do mesmo com os princípios éticos inerentes à investigação em saúde. Ao longo de todo o processo investigativo foram salvaguardados os direitos dos participantes, nomeadamente o respeito pelo anonimato, a confidencialidade dos dados e a participação voluntária.

A identidade dos participantes não foi divulgada em nenhuma fase do estudo, sendo os dados recolhidos utilizados exclusivamente para fins científicos. Toda a informação foi armazenada em computador próprio, em ficheiro protegido por chave digital, garantindo a sua segurança e confidencialidade. As entrevistas decorreram em espaço neutro, previamente agendado entre a investigadora e os participantes, após a obtenção do consentimento informado, assegurando condições adequadas para uma participação livre, esclarecida e voluntária.



## 6. Resultados

A análise fenomenológica das entrevistas permitiu compreender a gestão do SP como uma experiência complexa, relacional e emocionalmente exigente, na qual os enfermeiros transitam entre o cuidado ao RN e o suporte aos pais. Configura-se como uma prática relacional e ética, na qual o enfermeiro sustenta o sofrimento parental enquanto preserva a própria humanidade profissional, numa simbiose perfeita entre proximidade emocional e responsabilidade clínica e ética. O fenómeno revelou-se estruturado em torno de significados que ultrapassam a dimensão instrumental do cuidar, configurando-se como uma vivência profundamente humana.

Para se proceder à análise de resultados foram definidas seis categorias de acordo com a análise qualitativa e fenomenológica dos dados colhidos através das entrevistas. A primeira diz respeito à definição do SP; a segunda às estratégias de enfermagem para redução do SP; a terceira sobre a perceção dos pais às intervenções realizadas; a quarta sobre o apoio emocional dos enfermeiros; a quinta sobre a eficácia das intervenções de enfermagem e por fim, a sexta sobre as vivências dos profissionais relativas ao SP.

### 1. Compreensão do SP: A Rutura do Projeto Idealizado

Os participantes descrevem o SP como um estado de sofrimento que emerge da discrepância entre o nascimento idealizado e a realidade clínica inesperada. O internamento neonatal constitui, para os pais, uma interrupção abrupta do projeto imaginado, gerando medo, insegurança e sensação de incapacidade.

Fenomenologicamente, o SP surge como experiência de vulnerabilidade existencial, marcada pela perda de controlo e pela fragilidade do papel parental. É caracterizado por ansiedade, nervosismo, preocupação, sofrimento, desilusão, dúvida, dificuldade em tomar iniciativa, falta de confiança e dor, ou seja, um conjunto de sinais físicos e emocionais que impedem os pais de desempenhar adequadamente o papel parental.

Na tabela 1 encontram-se excertos das entrevistas que evidenciam o que é o SP e como este se manifesta nas variadíssimas situações, nomeadamente na alteração do papel parental, na necessidade de ajuda e como mecanismo de defesa à situação inesperada.

**Tabela 1:** Definição do SP

| <b>Categoria</b> | <b>Subcategoria</b>                                     | <b>Unidades de registo</b>                                                                                                                                          |
|------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definição do SP  | <b>Manifestações emocionais, psicológicas e físicas</b> | <b>E1</b> <i>“Estado de ansiedade, nervosismo que os pais manifestam”;</i><br><b>E2</b> <i>“Podem ser sintomas físicos como a tristeza, a culpa, a insónia...”;</i> |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | <p><i>E2 "Precisamente porque têm muita culpa e têm uma expectativa muito elevada em relação à parentalidade";</i></p> <p><i>E5 "Um estado de sofrimento, desilusão, dor... um sonho não concretizado";</i></p> <p><i>E8 "Sentimentos como medo, ansiedade, procura incessante por respostas... dor, muita dor, uma dor visível a olho nu";</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Mecanismo de resposta à situação indesejada</b> | <p><i>E1 "Manifesta-se às vezes por algum nervosismo, alguma dificuldade em compreender se estão a fazer as coisas certas ou não";</i></p> <p><i>E2 "Quando alguma coisa corre mal, eles ficam em stresse, ficam emocionalmente desgastados";</i></p> <p><i>E3 "Quando os pais ficam mais nervosos... preocupados pelo facto dos seus bebés estarem doentes";</i></p> <p><i>E4 "Um conjunto de emoções, de sentimentos, que os pais demonstram perante uma situação que para eles é inesperada";</i></p> <p><i>E6 "Dificuldade em lidar com a situação clínica do recém-nascido";</i></p> <p><i>E7 "Stresse parental é aquele stresse que os pais demonstram nos cuidados ao recém-nascido com diagnósticos diferenciados";</i></p> <p><i>E8 "Surge principalmente em casos de imprevisibilidade clínica, quando os pais não sabem quando bebé será prematuro, quando o bebé fica doente e precisa de internamento";</i></p> |
| <b>Alteração do Papel Parental</b>                 | <p><i>E2 "Sintomas que o impedem de desempenhar uma determinada função, no caso o papel parental, de uma forma adequada";</i></p> <p><i>E8 "Existe uma alteração do papel parental e os pais não estão preparados para isso, não lhes é ensinado a cuidar de um filho doente";</i></p> <p><i>E9 "Conjunto de reações emocionais, psicológicas e até físicas que os pais experienciam quando sentem que não conseguem dar resposta às exigências associadas ao papel parental".</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Necessidade de ajuda</b>                        | <p><i>E4 "Um mix dessas emoções e que levam a que procurem mais também os nossos cuidados";</i></p> <p><i>E9 "Pedem ajuda, porque não conseguem lidar com tudo o que acontece, e somos nós que ali estamos a maioria do tempo".</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## 2. Estratégias de Enfermagem para Redução do SP

Como ilustra a Tabela 2, a comunicação clara, isenta de dúvidas, com linguagem adequada a cada pai/mãe surge como estratégia central. Todos os entrevistados enfatizam a necessidade constante de adequar a linguagem, esclarecer procedimentos e desmistificar receios e medos dos pais. Deste modo, a comunicação é vivida como um instrumento terapêutico, capaz de transformar o medo em compreensão.

Também a empatia é amplamente abordada. A compaixão e a presença emocional são vistas como intervenções que vão para além da técnica, integrando gestos de proximidade emocional. A prática centra-se na humanização dos cuidados onde o enfermeiro se posiciona como suporte. Os participantes reconhecem que cada família vivencia o stresse

de forma singular, exigindo adaptação constante e individualização dos cuidados. Para E4 *“Temos que nos adequar a cada pai, a cada crença”* (E4); já E6 complementa na medida em que é necessário *“Respeitar o processo de cada pai, adequar a colaboração às possibilidades de cada um”*. O cuidado é descrito, assim, como dinâmico e relacional, exigindo sensibilidade clínica e emocional.

Dessa forma, as estratégias adotadas pelos enfermeiros na gestão do SP na UCIN são fundamentais para garantir um ambiente saudável, promovendo não só o bem-estar físico, como emocional dos envolvidos. O apoio emocional emerge também como dimensão central da prática. Particularmente na E5, evidencia-se envolvimento emocional intenso. Na E8 *“conseguirmos calçar os sapatos do outro é importante, termos a capacidade de nos envolver nas situações ajuda-nos a incorporar entendimentos, a viver o sentimento”*. Na E3, a experiência do confronto com o pai após o óbito do bebé revela o impacto emocional no profissional *“senti-me mal, angustiada”*.

Fenomenologicamente, os enfermeiros não são apenas intervenientes técnicos, mas sujeitos afetados pela experiência do outro, vivenciando tensão, empatia e, por vezes, vulnerabilidade. Sentimentos que andam de mãos dadas com a técnica, que enaltecem o ser humano, mas que acabam por o confrontar com realidades paralelas e difíceis de esquecer.

A análise das entrevistas permitiu identificar estratégias centrais de gestão do SP na UCIN. Na tabela 2, estão excertos das entrevistas que refletem isso mesmo. Ao todo, das nove entrevistas realizadas, foram totalizadas sessenta e cinco unidades de registo, agrupadas em subcategorias, referentes a estratégias adotadas pelos enfermeiros.

**Tabela 2:** Estratégias de enfermagem na gestão do SP na UCIN

| <b>Categoria</b>                | <b>Subcategoria</b>      | <b>Unidades de registo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estratégias para minimizar o SP | <b>Comunicação</b>       | E1 <i>“A tranquilidade passava pela comunicação e pelo que ela conseguia visualizar nos nossos cuidados”</i> ;<br>E2 <i>“Parte muito pela comunicação, tentar com eles construir um plano em que eles se sintam pais”</i> ;<br>E3 <i>“Explicar-lhes toda a situação de forma a que eles compreendam, com uma linguagem mais acessível”</i> ;<br>E4 <i>“Um diálogo esclarecedor minimiza muito o stresse”</i> ;<br>E6 <i>“Esclarecimento de dúvidas”</i> ;<br>E8 <i>“A comunicação clara daquilo que queremos transmitir ... desmistificar termos técnicos, adequar a linguagem”</i> . |
|                                 | <b>Escuta ativa</b>      | E2 <i>“Pode ser desde escuta ativa, tentar primeiro identificar qual é a situação ou desconstruir a mente daqueles pais, o que é que eles estão a sentir primeiro e porquê que estão a sentir”</i> ;<br>E7 <i>“Ouví-los, conseguir perceber o que é que lhes causa mais stresse e ajudá-los nessa interação com o bebé”</i> ;<br>E8 <i>“Sabermos ouvir, é tão importante escutar o que nos querem transmitir”</i> ;<br>E9 <i>“A escuta ativa e a validação dos sentimentos”</i> .                                                                                                     |
|                                 | <b>Suporte emocional</b> | E1 <i>“Reforço positivo é muito importante ... o elogio”</i> ;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              | <p><b>E2</b> “Se eles sentirem culpa, aliviar essa culpa, dizer que tudo o que está a acontecer é normal ... Se sentirem tristeza, tentar perceber porque é que eles estão a sentir essa tristeza”;</p> <p><b>E3</b> “Tentar pôr-nos no lugar dos pais, tinham perdido o filho”;</p> <p><b>E5</b> “... a compaixão ... dar um abraço a uma mãe”;</p> <p><b>E8</b> “Nós somos o suporte deles, ouvimos, não julgamos, apoiamos, muitas vezes sentimos o que eles sentem”;</p> <p><b>E8</b> “Vi-me envolvida numa dor que também era minha... também eu tinha passado por aquela situação”;</p> <p><b>E9</b> “A criação de um ambiente acolhedor e humanizado”.</p> |
| <b>Incentivo à participação nos cuidados</b> | <p><b>E1</b> “É muito importante dar oportunidade aos pais, estar perto para se sentirem seguros, o apoio sempre, responder a perguntas, incentivar a fazer”;</p> <p><b>E2</b> “Tentar com eles construir um plano, um plano que eles se sintam pais, que desempenhem o seu papel de uma forma plena, sem sentimentos negativos”;</p> <p><b>E7</b> “Perguntar se querem fazer, se se sentem capazes e dar-lhes esse espaço e esse tempo”;</p> <p><b>E8</b> “Incentivo e reforço positivo, percebermos o que eles conseguem e estão aptos a fazer, instruir”;</p> <p><b>E9</b> “O reforço positivo do papel parental”.</p>                                         |
| <b>Capacitação Parental</b>                  | <p><b>E1</b> “Promover a autonomia de cuidados”;</p> <p><b>E7</b> “Fazer ensinamentos dos cuidados a ter em casa, capacitá-los”;</p> <p><b>E8</b> “São eles que vão cuidar do filho, minimizar barreiras e ajudá-los a serem autónomos”.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### 3. Perceção sobre a receptividade e eficácia das intervenções na gestão do SP

Globalmente, os enfermeiros percecionam e interpretam positivamente a aceitação das suas intervenções. A perceção de “*feedback positivo*” (E5), a gratidão manifestada pelos pais e os elogios dirigidos à equipa constituem, para os profissionais, formas de reconhecimento que legitimam o cuidado prestado. Contudo, situações extremas revelam momentos de má aceitação e reação agressiva, evidenciando os limites da intervenção perante sofrimento agudo experienciado pelos pais, como apresenta a tabela 3.

No que respeita à eficácia, os enfermeiros adotam uma postura reflexiva e prudente, afirmando que de um modo geral os pais acabam por ficar mais seguros de si e capacitados, logo mais satisfeitos e menos ansiosos com os cuidados, como referem E3 e E8. Embora reconheçam sinais de maior tranquilidade e confiança por parte dos pais, emergem dúvidas quanto à possibilidade de avaliar plenamente o impacto das intervenções no curto espaço temporal do internamento. Esta incerteza revela uma consciência da natureza complexa e longitudinal do processo de adaptação parental à hospitalização do RN.

**E2** “*não consegues perceber se as tuas intervenções estão a ser eficazes ou não. Consegues perceber que eles estão mais calmos, ou que não têm tanta ansiedade, mas para perceber que as tuas intervenções foram eficazes ou não, teriam que ser, na minha opinião, avaliadas a longo prazo*”.

**E9** “Acho que são eficazes, apesar de não conseguirmos avaliar bem porque não há um instrumento de medida”.

A eficácia, neste contexto, não se apresenta como um resultado imediato e mensurável, mas sim como um processo subtil que se manifesta através de pequenas transformações na forma como os pais se relacionam com o bebé, com a equipa e com a própria situação vivida. De forma particularmente significativa, os enfermeiros associam o bem-estar emocional dos pais à evolução clínica do RN. A ideia de que “o bem-estar dos pais leva ao bem-estar do bebé” (E6), traduz uma compreensão holística do cuidado neonatal, na qual a saúde do RN é inseparável do estado emocional da família. Nesta perspetiva, cuidar dos pais torna-se também uma forma indireta de cuidar do bebé, revelando uma visão relacional e sistémica do processo de cuidar.

**Tabela 3:** Recetividade e eficácia das intervenções na gestão do SP

| <b>Categoria</b>                                                     | <b>Unidades de registo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recetividade das intervenções de enfermagem relativas à gestão do SP | <p><b>E1</b> “Acabam por agradecer também pelas aprendizagens, pelos desabafos, pela receção da equipa e por tudo o que transmitem”;</p> <p><b>E2</b> “Quando percebem que tu estás ali e podes ajudar, eles... aceitam bem isso e agradecem”;</p> <p><b>E4</b> “Os pais agradecem, mostram-se agradecidos”;</p> <p><b>E6</b> “Somos recompensados com palavras de agradecimento”;</p> <p><b>E7</b> “Os pais acatam bem as nossas orientações ... As intervenções são aceites”;</p> <p><b>E8</b> “No geral mostram-se agradecidos”;</p> <p><b>E9</b> “Senti alguma resistência e hesitação, sobretudo devido ao medo”.</p> |
| Eficácia das intervenções de enfermagem relativas à gestão do SP     | <p><b>E1</b> “Estamos a fazer um bom trabalho, em todos os aspetos, inclusivamente na redução do estresse parental”;</p> <p><b>E3</b> “É noto que eles ficam mais satisfeitos, ficam mais seguros de si”;</p> <p><b>E7</b> “As estratégias são eficazes”;</p> <p><b>E8</b> “Os pais ficam mais calmos com o passar do tempo, percebe-se que há alguma eficácia do que desenvolvemos”.</p> <p><b>E9</b> “A minha percepção foi bastante positiva”.</p>                                                                                                                                                                      |

#### **4. Vivências dos Enfermeiros relativas ao SP**

A experiência vivida pelos enfermeiros na gestão do SP configura-se como uma prática profundamente relacional; uma vivência emocionalmente exigente; um equilíbrio entre competência técnica e presença humana e um processo constante de adaptação à singularidade de cada família. O fenómeno revela-se como um cuidar que ultrapassa o biológico, inscrevendo-se na esfera existencial do sofrimento parental e da corresponsabilidade afetiva do profissional.

Esta gestão do SP emerge, assim, como um espaço de encontro humano marcado por proximidade, empatia e responsabilidade relacional. O significado do cuidado não se limita

à redução do SP, mas manifesta-se na construção de confiança, na validação das emoções familiares e na criação de condições que favoreçam o bem-estar da díade pais-RN.

Contudo, as experiências vividas também revelam a presença de limites inerentes ao cuidado perante o sofrimento extremo, como o episódio de óbito (E3), o sofrimento perante a ausência de apoio imediato o pai numa situação de instabilidade clínica (E5) e uma dor profundamente silenciosa que foi revivida (E8). As situações de desfecho adverso, como as referidas anteriormente e ilustradas na tabela 4, introduzem uma dimensão de rutura na relação terapêutica. Nestes momentos, as reações de rejeição ou agressividade por parte dos pais são compreendidas pelos enfermeiros não como uma negação ao cuidado prestado, mas como expressão da intensidade da dor vivida pela família. A afirmação *“talvez eu também reagisse da mesma forma”* (E3) traduz um movimento de identificação empática que revela a capacidade dos profissionais de se colocarem no lugar do outro, reconhecendo a dimensão profundamente humana do sofrimento parental. Assim, a experiência profissional é atravessada por um exercício contínuo de compreensão do outro, mesmo quando a resposta parental desafia emocionalmente o profissional.

No que diz respeito à evolução clínica, os profissionais reconhecem que ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito à formação e sensibilização. Reconhecem também tem havido uma evolução positiva ao longo dos anos, como a formação continua, quer em serviço, quer extracurricular e que a equipa se tem esforçado para atender as necessidades constantes, conforme tabela 4.

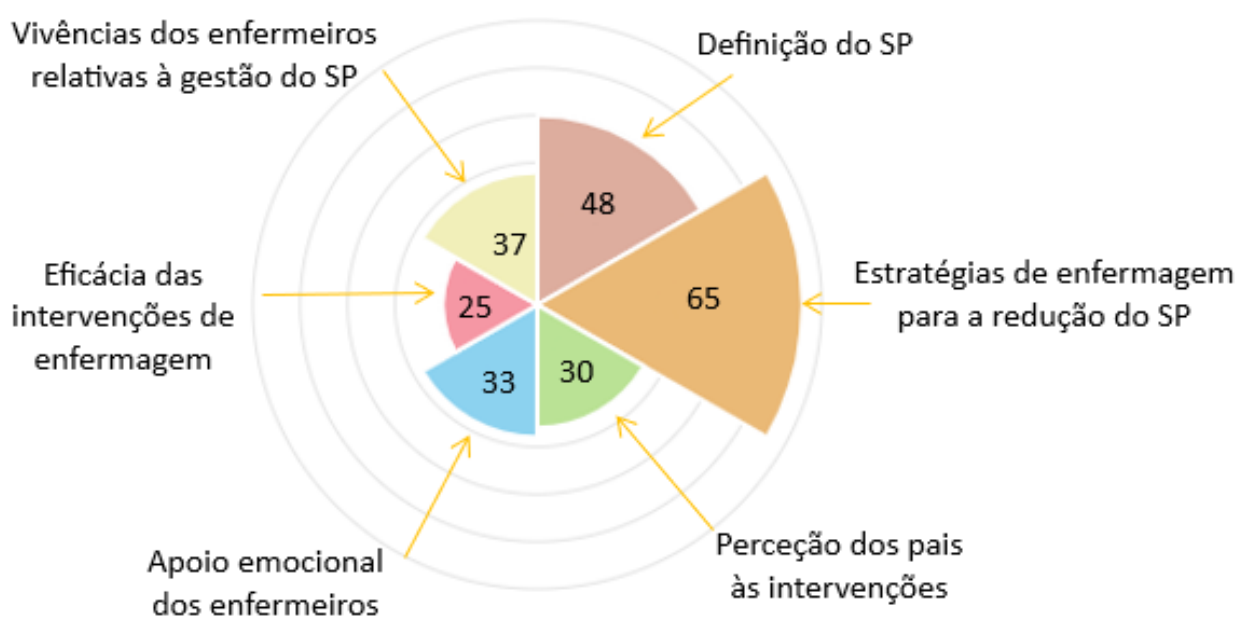
**Tabela 4:** Vivências dos Enfermeiros relativas ao SP

| <b>Categoria</b>          | <b>Subcategoria</b>                            | <b>Unidades de registo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vivências dos enfermeiros | <b>Sentimentos negativos ou culpabilização</b> | <p><b>E1</b> <i>“Em situações de stresse parental acabamos também nós por sentir um bocadinho daquilo que eles sentem”;</i></p> <p><b>E3</b> <i>“Senti-me angustiada, com medo do que aquele pai pudesse fazer”;</i></p> <p><b>E5</b> <i>“Ninguém se retirou ou teve o cuidado de dar apoio ao pai que estava ali a assistir a tudo com aquele calão médico e sem entender muito bem aquilo que estava a passar, ..., tenho a certeza que pensou que a gravidade seria superior à que efetivamente era”;</i></p> <p><b>E7</b> <i>“Nem sempre, se calhar, os pais percebem que estamos num papel ingrato”;</i></p> <p><b>E8</b> <i>“Toda a situação era difícil, eu senti-me mal, também já eu tinha passado por uma situação semelhante e foi como se estivesse a reviver todo o processo espelhado na dor do pai”.</i></p> |
|                           | <b>Sentimentos positivos</b>                   | <p><b>E2</b> <i>“Senti que tinha que ter um papel mais ativo, que tinha que estar mais presente”;</i></p> <p><b>E2</b> <i>“Faz-me sentir até útil e acho que é mesmo aquele sentimento do ser profissional na sua plenitude”;</i></p> <p><b>E2</b> <i>“É um sentimento de felicidade quando somos confrontados com resultados positivos”;</i></p> <p><b>E6</b> <i>“Quando a gente investe e vê resultados, é sempre satisfatório”;</i></p> <p><b>E6</b> <i>“É recompensador para nós”;</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | E7 “E somos nós que vemos as reações boas dos pais e que tentamos gerir esse mesmo stress que lhes gera a doença do filho”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Promoção de formação contínua no serviço | E2 “Acho que não se põe em prática aquilo que se deve pôr. Porquê? Porquê que isso acontece? Acontece porque que apesar do tempo e apesar das transformações que têm existido na enfermagem como profissão, eu acho que o enfermeiro ainda se centra muito naquilo que é, e não tanto naquilo que é o apoio emocional”;<br>E6 “Tem vindo a melhorar nos últimos anos... há formação contínua”;<br>E5 “A equipa tem-se esforçado nesse sentido”;<br>E9 “As formações ajudam, o suporte teórico também”. |
| Capacitação dos enfermeiros              | E2 “É preciso haver mais formação, sensibilização para a importância da compaixão”;<br>E2 “Aprofundar o conhecimento em determinadas áreas, principalmente nestas”;<br>E8 “Frequentar aulas de apoio, pedir apoio em situações limite, trabalhar diariamente para o conhecimento”.                                                                                                                                                                                                                     |

A figura inframencionada apresenta a distribuição das unidades de registo identificadas em cada uma das categorias definidas no processo de análise qualitativa e fenomenológica dos dados obtidos através das entrevistas. Após a codificação do material recolhido, as unidades de registo foram organizadas nas seis categorias previamente estabelecidas: definição do SP, estratégias de enfermagem para redução do SP, percepção dos pais face às intervenções realizadas, apoio emocional dos enfermeiros, eficácia das intervenções de enfermagem e vivências dos pais relativamente ao SP. A representação gráfica permite, assim, visualizar a frequência com que cada categoria emergiu nos discursos dos participantes, facilitando a compreensão da relevância relativa de cada temática no conjunto dos dados analisados.

**Figura 1:** Unidades de registo por categoria





## 7. Discussão dos Resultados

Após a análise das entrevistas e a identificação dos principais resultados, torna-se necessário proceder à sua interpretação no contexto do presente estudo. Assim, os resultados devem ser analisados tendo em consideração algumas limitações. A primeira prende-se com o facto de terem sido realizadas apenas nove entrevistas que cumpriam os critérios de inclusão definidos, o que constitui uma fonte limitada de informação. Por outro lado, a maioria das entrevistas foi realizada a enfermeiros que experienciaram apenas uma realidade de internamento, uma vez que, ao longo do seu percurso profissional, exerceram funções exclusivamente na UCIN. Sendo este um estudo de natureza qualitativa, que privilegia a compreensão aprofundada das experiências dos participantes, os resultados não visam a generalização estatística, mas antes a interpretação do fenómeno no contexto específico em que se insere.

Os resultados obtidos na presente investigação estão em consonância com a literatura que caracteriza o internamento do RN em UCIN's como um evento stressante para as famílias, exindio respostas profissionais que vão para além da prestação de cuidados médicos (Konukbay et al., 2024). Como referem E2, E3 e E6, o stresse parental pode ser definido como um conjunto de sinais físicos e emocionais que os pais demonstram ao longo do internamento. Também Silva e colaboradores (2024) percecionam que as famílias geralmente são assoberbadas com sentimentos profundamente dolorosos, como o medo, a ansiedade, angustia e frustração devendo-se sobretudo às necessidades de internamento dos RN's, representando desafios significativos.

Os enfermeiros têm uma grande responsabilidade no ambiente das UCIN's. O seu conhecimento sobre a perceção dos pais relativamente aos agentes geradores de stresse e sobre a forma como estes influenciam as respostas globais dos pais aos RN's, é essencial para que desenvolvam intervenções efetivas na gestão do SP (Yildiz & Besirik, 2025). Ao longo das entrevistas, os enfermeiros referem que é necessário percecionar a causa do stresse para adaptar as intervenções, como explicam E2 e E8. As vivências descritas pelos mesmos revelam que o SP é percebido como uma experiência multidimensional, envolvendo medo, insegurança, rutura das expectativas parentais e necessidade de sentido, o que está de acordo com a evidência que aponta para múltiplos geradores de stresse relacionados com a condição clínica do RN, o ambiente tecnológico da unidade e a vivência do papel parental alterado (Yildiz & Besirik, 2025).

A importância atribuída às competências comunicacionais e relacionais pelos enfermeiros, expressa nos resultados como estratégias de redução do SP (comunicação

clara, empatia, presença emocional) referidas por todos os participantes, é amplamente sustentada pela investigação. A literatura tem salientado que a comunicação eficaz constitui um fator crítico no suporte às famílias, diminuindo a ansiedade e facilitando a participação parental nos cuidados (Konukbay et al., 2024;), assim como é percebida de forma significativa pelos próprios pais como suporte emocional e informativo durante o internamento em UCIN's (Yildiz & Besirik, 2025).

A perceção positiva dos enfermeiros sobre a recetividade das intervenções por parte dos pais, incluindo feedback verbal de compreensão e agradecimento, descrita por E5, espelha o impacto positivo que as estratégias de suporte podem ter no nível emocional parental, mas também encontra eco em investigações que demonstram que o envolvimento dos pais e a partilha de informação contribuem para a redução dos níveis de stresse e para uma maior adaptação à hospitalização (Konukbay et al., 2024; Tajik et al., 2024). Em paralelo, o cuidado centrado na família na área da neonatologia enfatiza a importância de envolver a família no cuidado do RN, em colaboração mútua com os profissionais de saúde, com o objetivo de capacitar os pais, defender seus direitos, aumentar suas capacidades práticas no ato de cuidar, melhorar o seu bem-estar e, ao mesmo tempo e promover o vínculo (E1, E2, E6, E8, E9). Estas evidências reforçam a centralidade do modelo de *family-centered care*, que preconiza a participação ativa dos pais e o respeito pelas suas necessidades de informação e envolvimento, colocando o enfermeiro num papel de facilitador de relações terapêuticas (Togo et al, 2025).

Contudo, os resultados sugerem que nem todas as situações são uniformemente positivas: momentos de crise clínica e de luto, como reportado em algumas entrevistas, nomeadamente E3, E5 e E8, podem transformar a relação de ajuda em desafio emocional significativo para o enfermeiro e para a família. Esta dualidade entre a perceção gratificante do papel de apoio parental e a carga emocional inerente à exposição prolongada ao sofrimento, está também documentada num estudo realizado em 2025 nos Estados Unidos por Hagen e colaboradores que reflete que a exposição repetida a traumas e ao luto parental pode levar à fadiga por compaixão, um estado de exaustão emocional que reduz a capacidade de empatia. Pesquisas como este apontam para uma sobrecarga emocional despoletada pela ligação relacional com os pais e pelo esforço contínuo em responder às suas necessidades afetivas e de suporte (Hagen et al, 2025).

Deste modo, a dimensão afetiva do cuidar, que emerge nitidamente dos resultados do estudo, vai de encontro com a literatura, que sublinha que os enfermeiros em ambiente neonatal frequentemente priorizam as necessidades dos pais em detrimento do seu próprio autocuidado emocional, o que pode contribuir para desgaste profissional a longo prazo (Sharma et al., 2025). Estes fenómenos não só afetam a saúde mental e qualidade de vida

dos enfermeiros, como também podem influenciar a qualidade do cuidado e a capacidade de suporte às famílias. Esta evidência destaca a necessidade de reconhecer o impacto psicossocial do trabalho em UCIN, não apenas sobre os pais, mas também sobre os próprios profissionais, reforçando a importância de estratégias de suporte institucional que promovam resiliência, supervisão clínica e espaços de reflexão compartilhada (Hagen et al, 2025; Sharma et al., 2025).

Paralelamente, o envolvimento dos enfermeiros no suporte parental deve ser compreendido em contexto com complexidade de geradores de stresse vivenciados pelas famílias, como percebiam no estudo qualitativo de Nojima & Okayama, em 2026, que aponta que a própria presença do ambiente hospitalar e do comportamento dos profissionais geram, por si só stresse. Estas conclusões colocam um desafio adicional relativamente à prática de enfermagem, exigindo continuamente competências específicas, emocionais e organizacionais que possibilitem a mitigação do stresse sem comprometer a segurança clínica do RN.

A análise crítica dos resultados sugere também uma necessidade de formação contínua e estruturada para enfermeiros, centrada nas dimensões psicossocial e de comunicação terapêutica, como relatadas por E3 e E8. A investigação de Konukbay et al. (2024) sublinha que o suporte efetivo aos pais requer melhoria constante das capacidades de comunicação dos enfermeiros e do seu entendimento das necessidades específicas de cada género parental, particularmente no que diz respeito à participação ativa no cuidado e gestão emocional. Esta necessidade formativa está em consonância com os resultados do presente estudo, que identificam lacunas e desafios na adaptação das estratégias de suporte às singularidades de cada família.

Por fim, os resultados suportam a noção de que o cuidado ao RN centrado na família deve ser consolidado como prática padrão, com políticas institucionais que permitam aos enfermeiros tempo adequado para interações significativas e formação específica em suporte emocional e comunicação (Konukbay et al., 2024). A promoção de uma cultura organizacional que reconheça a importância das dimensões relacionais do cuidado pode, não só, reduzir o stress parental, como também melhorar o bem-estar dos profissionais e a qualidade global do cuidado neonatal (Sharma et al., 2025).



## 8. Conclusão

A análise fenomenológica das entrevistas permitiu dar resposta à questão de investigação enunciada “Qual a experiência vivida pelos enfermeiros na gestão do SP numa unidade de Neonatologia?”, evidenciando que o SP é percecionado pelos enfermeiros como uma experiência complexa e multidimensional. As respostas, todas em consonância com o descrito pela literatura, compreendem o SP como um estado de vulnerabilidade.

Relativamente às estratégias de intervenção, os resultados demonstram que os enfermeiros privilegiam a comunicação clara, a escuta ativa, a empatia e a individualização dos cuidados como principais mecanismos de redução do SP. A percepção global dos participantes indica que estas intervenções são, na maioria das situações, bem recebidas pelos pais e consideradas eficazes na promoção de maior segurança e tranquilidade.

No que concerne às vivências profissionais, o estudo revelou que a gestão do SP constitui uma experiência simultaneamente exigente e gratificante. Os enfermeiros relatam impacto emocional significativo, particularmente em situações de agravamento clínico ou óbito neonatal, reconhecendo que o contacto continuado com o sofrimento parental pode gerar tensão e desgaste. Contudo, identificam também sentido, reconhecimento e valorização profissional quando percecionam impacto positivo das suas intervenções.

Assim, pode afirmar-se que os objetivos do estudo foram alcançados, tendo sido possível compreender, à luz da fenomenologia hermenêutica, a essência da experiência vivida pelos enfermeiros: um cuidar ampliado, que integra competência técnica e presença humana, sustentando o sofrimento parental sem descurar a responsabilidade clínica.

Entre as limitações identificadas destaca-se o número reduzido de participantes, como referido anteriormente, circunscrito a uma única unidade neonatal, o que limita a generalização dos resultados. Importa igualmente reconhecer que, sendo um estudo qualitativo de natureza fenomenológica, os resultados refletem experiências contextualizadas, não pretendendo produzir generalizações estatísticas, mas antes compreensão aprofundada do fenómeno.

Apesar das limitações o estudo permitiu dar visibilidade às vivências emocionais dos enfermeiros em contexto neonatal; reforçar a importância da dimensão relacional no cuidado especializado; evidenciar o impacto bidirecional do SP e contribuir para a valorização da comunicação terapêutica como competência especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A investigação permitiu ainda consolidar uma prática reflexiva e fundamentada,

promovendo maior consciência sobre o impacto emocional do cuidar em contexto de elevada complexidade.

Os resultados obtidos têm implicações diretas para a prática clínica, destacando a necessidade de investimento contínuo na formação em comunicação terapêutica e gestão emocional e ainda implementação de estratégias estruturadas de apoio parental nas unidades neonatais. A evidência produzida pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, promovendo intervenções mais conscientes, empáticas e ajustadas às necessidades parentais. Face aos resultados obtidos, sugere-se: a realização de estudos multicêntricos que permitam comparar diferentes contextos neonatais; focados no desgaste emocional e estratégias de resiliência dos enfermeiros em unidades neonatais; e exploração da perspectiva dos pais sobre a eficácia do suporte emocional recebido.

Em síntese, o estudo permitiu compreender que a gestão do SP em neonatologia transcende a dimensão técnica do cuidar, configurando-se como uma prática profundamente relacional, ética e emocionalmente exigente. O enfermeiro emerge como mediador entre a vulnerabilidade parental e a complexidade clínica do RN, sustentando o sofrimento, promovendo segurança e contribuindo para uma experiência de cuidado mais humanizada.

## Considerações Finais

O percurso formativo desenvolvido ao longo dos estágios em diferentes contextos permitiu a consolidação e o aperfeiçoamento de técnicas, competências clínicas e relacionais, bem como a aquisição de experiências e capacidades fundamentais para o exercício da profissão. A frequência no MESIP constituiu uma alavanca essencial para o desenvolvimento formativo, proporcionando a exposição a situações e contextos de elevada complexidade assistencial, que exigiram a integração de saberes técnico-científicos, capacidade de tomada de decisão fundamentada e sensibilidade ética na abordagem ao RN à criança, ao adolescente e à sua família.

No domínio das competências específicas do EEESIP que dizem respeito à assistência da criança/jovem com a família na maximização da saúde e cuidado da mesma em situações de especial complexidade, destaca-se o desenvolvimento de capacidade de prestação de cuidados diferenciados ao RN/Criança/adolescente em situações de vulnerabilidade, incluindo vigilância hemodinâmica, suporte respiratório, controlo da dor e promoção de conforto e estabilidade clínica. Paralelamente, foi reforçada a competência na promoção de cuidados centrados na família, pondo em prática as teorias de Nola Pender e a Anne Casey, exemplos de referências teóricas, nos diferentes estágios, reconhecendo os pais como parceiros ativos no processo terapêutico. Esta dimensão revelou-se particularmente significativa na gestão do SP, onde a comunicação terapêutica, a escuta ativa e a empatia assumiram papel central na prática quotidiana.

No domínio de prestação de cuidados específicos em resposta a necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, o estágio de pediatria tornou-se fundamental. A vivência clínica permitiu compreender que o internamento constitui uma rotura no projeto parental idealizado, exigindo ao enfermeiro, não apenas competência técnica, como também, disponibilidade emocional para sustentar o sofrimento e a incerteza vividos pela família. Este posicionamento profissional reforça a identidade do enfermeiro especialista como mediador entre a complexidade tecnológica e a humanização dos cuidados.

Relativamente à investigação desenvolvida, o estudo sobre as vivências dos enfermeiros na gestão do SP em contexto neonatal contribui para a valorização da dimensão experiencial do cuidar. Ao privilegiar uma abordagem fenomenológica inspirada em Max van Manen, foi possível compreender o fenómeno não apenas como intervenção técnica, mas como experiência relacional e existencial, marcada pelo encontro com a vulnerabilidade do outro. Os resultados evidenciam que a gestão do SP é vivida como prática simultaneamente exigente e gratificante, na qual o enfermeiro equilibra competência clínica e presença humana.

Este contributo assume relevância para a área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ao reforçar a necessidade de integrar, na formação e na prática, competências comunicacionais e emocionais estruturadas, bem como estratégias institucionais de suporte aos profissionais. A investigação realizada evidencia que o cuidado ao RN não pode ser dissociado do cuidado à família, e que o bem-estar parental influencia diretamente a adaptação ao internamento e o processo de vinculação.

Em termos de desenvolvimento profissional, os estágios potenciaram a consolidação de competências como: capacidade de intervenção especializada em situações de instabilidade clínica; gestão do SP através de comunicação terapêutica estruturada; reflexividade crítica sobre a prática clínica; trabalho em equipa multidisciplinar; tomada de decisão ética em contextos complexos e integração da evidência científica na prática.

Relativamente às perspetivas futuras, é fundamental continuar a investir na formação contínua em comunicação em situações de crise, bem como na implementação de programas estruturados de apoio emocional às famílias em contexto de internamento. Adicionalmente, revela-se pertinente aprofundar investigação sobre o impacto da gestão do SP na evolução clínica do RN e na satisfação parental a longo prazo. A criação de espaços de supervisão clínica e reflexão para os profissionais poderá igualmente contribuir para a prevenção do desgaste emocional e para a promoção do bem-estar da equipa.

Em síntese, o percurso formativo desenvolvido permitiu não apenas a aquisição de competências técnicas especializadas, mas também a construção de uma identidade profissional mais consciente, reflexiva e humanizada. A experiência vivida reforçou a compreensão de que cuidar implica sustentar a fragilidade da vida e, simultaneamente, acompanhar o sofrimento e a esperança das famílias, numa prática que exige conhecimento científico, sensibilidade ética e compromisso humano.

## Referências bibliográficas

- Aguiar, C. A. D. S., Barbosa, M. C., de Queiroz, S. A., & Santos, R. L. (2021). Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(64), 5604-5615. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>
- AIQDA. (2026). IA para análise qualitativa (Software). <https://aiqda.com/pt>
- Aljawad, B., Miraj, S. A., Alameri, F., & Alzayer, H. (2025). Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC pediatrics*, 25(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05620-w>
- Almalki, M., Gildea, A., Boyle, B. (2025). Experiences of family-centred care in neonatal intensive care units: A qualitative thematic synthesis, *Journal of Neonatal Nursing*, 31(3), 101655. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101655>
- Als, H. (1986). A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3-4), 3-55. [https://doi.org/10.1080/J006v06n03\\_02](https://doi.org/10.1080/J006v06n03_02)
- Beccia, F., Gualano, M. R., Fevola, G., Capogna, E., Scarfagna, C., Bonacquisti, M., & Ricciardi, W. (2025). The impact of leadership interventions on neonatal care: a systematic review of current literature. *European Journal of Pediatrics*, 184(2), 126. <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05968-8>
- Bell, E. A., Rufrano, G. A., Traylor, A. M., Ohning, B. L., & Salas, E. (2023). Enhancing team success in the neonatal intensive care unit: Challenges and opportunities for fluid teams. *Frontiers in Psychology*, 14, 1284606. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1284606>
- Bertoncelli, N., Buttera, M., Nieddu, E., Alberto Berardi, A. & Lugli, L. (2025). The Experience of Caring for a Medically Complex Child in the Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Parental Impact. *Children*, 12, 123. <https://doi.org/10.3390/children12020123>
- Bhutani, V. K., Wong, R. J., Turkewitz, D., Rauch, D. A., Mowitz, M. E. & Barfield, W. D. (2024). *Phototherapy to Prevent Severe Neonatal Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation: Technical Report*. *Pediatrics*, 154(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2024-068026>
- Brito, A & Faro, A. (2016). Parental Stress: Systematic review of empirical studies. *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 64-75. <https://doi.org/10.24879/201600100010048>
- Bua, J., Dalena, P., Mariani, I., Girardelli, M., Ermacora, M., Manzon, U., ... & Lazzerini, M. (2024). Parental stress, depression, anxiety and participation in care in neonatal intensive care unit: a cross- sectional study in Italy comparing mothers versus fathers. *BMJ paediatrics open*, 8 (2). Doi:[10.1136/bmjpo-2023-002429](https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002429)

- Burney, V., McCann, C. M., & Arnold-Saritepe, A. (2024). Parent engagement in child-focused interventions: A systematised review of qualitative allied health literature. *Child & Youth Care Forum* 53(6), 1451-1486. <https://doi.org/10.1007/s10566-024-09797-6>
- Casey, A. (1993). *Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers*. *Journal of Advanced Nursing*, 18(7), 1058–1062. Doi: [10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x)
- Choi, P. P., Lee, W. M., Wong, S. S., & Tiu, M. H. (2022). Competencies of nurse managers as predictors of staff nurses' job satisfaction and turnover intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11461. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811461>
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. P. (2020). Gestão da dor em pediatria: contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (5e), 185-193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>
- Debillon, T., Sgaggero, B., Zupan, V., Tres, F., Magny, J. F., Bouguin, M. A. & Dehan. M. (1994). Sémiologie de la douleur chez le prématuré. *Arch Pediatr*, 1, 1085-92.
- Direção Geral de Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata (002/2018).
- Filipe, I. B. R. (2023). *Avaliação, gestão e tratamento da dor no recém-nascido* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra). <https://hdl.handle.net/10316/116055>
- Gomes, C. C. J., & Borges, S. M. G. (2022). Sampling in qualitative research: concepts and applications to the field of health. *Pesquisa*, 10(25), 404-424. <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
- Hagen, L. W., Rød, I., Kynø, N. M., & Tandberg, B. S. (2025). Compassion fatigue among nurses in neonatal intensive care units. *BMC nursing*, 24(1), 817. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03385-2>
- Jones, T. (2019). International neonatal nursing competency framework. *J Neonatal Nurs*, 25(5), 258-64. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.07.007>
- Kawafha, M., Al Maghaireh, D., Al-sager, K., Sheyab, H., Al Kofahi, A., Khanfar, S. & Al-Mushasha, R. A. (2025). Stressors experienced by parents of hospitalized infants in the Neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 31(2), 101621. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101621>
- Keszler, M. (2020). Volume-targeted ventilation: One size does not fit all. *Neonatology*, 117(2), 129–136. [10.1136/archdischild-2017-314734](https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-314734)
- 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), 970-981. <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 nursing*, 23(1), 820. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02458-y>
- Lebel, V. & Charette, S. (2021). Nursing Interventions to Reduce Stress in Families of Critical Care Patients: An Integrative Review. *Crit Care Nurse*, 41(1), 32-44. [doi: 10.4037/ccn2021188](https://doi.org/10.4037/ccn2021188)
- Lee, J. (2023). Neonatal family-centered care: evidence and practice models. *Clínic Experience Pediatric*, 67 (4), 171-177. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00367>
- Llerena, A., Tran, K., Choudhary, D., Hausmann, J., Goldgof, D., Sun, Y., & Prescott, S. M. (2023). Neonatal pain assessment: Do we have the right tools? *Frontiers in pediatrics*, 10, 1022751. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1022751>
- Loutfy, A., Zoromba, M. A., Mohamed, M. A., El-Gazar, H. E., Andargeery, S. Y., El-Monshed, A. H., Belkum, C. V. & Ali, A.S. (2024). Family-centred care as a mediator in the relationship between parental nurse support and parental stress in neonatal intensive care units. (2024). *BMC Nursing*, 23, 572. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02258-4>
- Machado, F., Neves, I. M., Casteleiro, M., Diniz, A. M., Domingues, R. P. & Sales, L. (2026). A importância da simulação clínica e do debriefing no treino de competências não-técnicas para a segurança do doente (Coord). Segurança do Doente: da teoria à prática. *Newsletter Eventos da Semana* 316, 1-4. <https://www.ulssjose.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2026/02/Seguranca-do-Doente-NL-05-02-2026.pdf>
- Maleki, M., Mardani, A., Harding, C., Basirinezhad, M. H. & Vaismoradi, M. (2022). Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis *Women's Health* 18, 1-16. Doi: [10.1177/17455057221104674](https://doi.org/10.1177/17455057221104674)
- Maree, C., Scheepers, M., & van Rensburg, EJ (2020). Competencies for structured professional development of neonatal nurses in South Africa. *Revista Africana de Educação em Profissões de Saúde*, 12 (3), 154-160. <https://doi.org/10.7196/AJHPE.2020.v12i3.1364>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer
- Melo, T. F. C. & Fernandes, M. I. D. (2024). Nurses' perceptions of family involvement in the care of critically ill children *Revista de Enfermagem Referência*, VI(3), 1-6. <https://doi.org/10.12707/RVI24.56.35756>
- Mireles-Romo, C., Hernandez, E., Choi, I., Roh, J., Saadat, S., & Toohey, S. (2025). Exploring Factors That Drive Nonurgent Emergency Department Use. *Journal of Patient Experience*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.1177/23743735251362529>
- Muniz de Alencar, I. G., Dantas, J. K. S., Araújo, S. C. M., Fernandes, T. E. L., Araújo, P. L. O., Costa, A. B. & de Oliveira, J. S. A. (2024). Non-pharmacological therapies for pain management in

- paediatric intensive care units: a protocol for a scoping review. *BMJ open*, 14(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074952>
- Nguyen, E. L. & Joshi, N. S. (2025). Rapid Implementation of Updated Guidelines for Neonatal Hyperbilirubinemia. *Hospital Pediatrics*, 15(7), 309-311. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2024-008283>.
- Nojima, M., & Okayama, H. (2026). A qualitative study of stressors experienced by mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Japan Journal of Nursing Science*, 23 (2), <https://doi.org/10.1111/jjns.70040>
- Oliveira, F. A. D. B. G., & Brandão, M. T. P. M. (2024). Participação de pais nos cuidados precoces em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Uma revisão sistemática de literatura. *Research, Society and Development*, 13(3). <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i3.45174>.
- Ono, R. & Asano, M. (2023). Expert nurses' perceived parenting difficulties in Neonatal Intensive Care unit: A qualitative inductive study. *Journal of Neonatal Nursing* 29, 881–887. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.03.007>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Regulamento n.º 366/2018, de 14 de julho. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 113. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19821/reg.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 133. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pallás Alonso, C., Westrup, B., Kuhn, P., Daly, M., & Guerra, P. (2022). *Parental involvement*. In *Topic Expert Group: Infant- and family-centred developmental care 2*. Newborn Health Standards. <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/infant-family-centred-developmental-care/>
- Pender, N.J (1984). *Health Promotion and Illness Prevention in Annual Review of Nursing Research* (2ºvolume, capítulo 4). Springer Publishing Company
- Perapoch, J., Camba, F., Gregorari, A., & Anglès, R. (2025). NIDCAP: Always a Journey. *Observador do Desenvolvimento*, 18 (1), 20-21. <https://doi.org/10.14434/do.v18i1.40895>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2024). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11). Wolters Kluwer.

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Orientação n.º 004/2018 de 03/08/2018: Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-030820181.aspx>
- Quigley, M., Embleton, N. D., Meader, N. & McGuire, W. (2024). Donor human milk for preventing necrotising enterocolitis in very preterm or very low-birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39239939/>
- Rambod, M., Pasyar, N., Mazarei, Z., & Soltanian, M. (2023). The predictive roles of parental stress and intolerance of uncertainty on Psychological well-being of parents with a newborn in neonatal intensive care unit: a hierarchical linear regression analysis. *BMC pediatrics*, 23(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04420-4>.
- Roehr, C. C., Farley, H. J., Mahmoud, R. A., & Ojha, S. (2024). Non Invasive Ventilatory Support in Preterm Neonates in the Delivery Room and the Neonatal Intensive Care Unit: A Short Narrative Review of What We Know in 2024. *Neonatology* 121(5), 576-583. DOI: [10.1159/000540601](https://doi.org/10.1159/000540601)
- Santos, A. D., Jesus, G. G. D., & Battisti, I. K. (2021). Entrevista semi-estruturada: considerações sobre esse instrumento na produção de dados em pesquisas com abordagem qualitativa. *Salão do conhecimento*, 7(7), 1-5. <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaokonhecimento/article/view/20805>
- Santos, C. I. P. (2014). Tradução e adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale Neonatal Intensive Care Unit para população Portuguesa. In Tese Mestrado.
- Severino, A. J. (2014). Dimensão ética da investigação científica. *Práxis Educativa*, 9 (01), 199-208. ISSN 1809-4309.
- Sharma, V., Mishra, B. R., Gupta, M. K., Garg, A., & Malathi, L. (2025). Mental Health Challenges Among Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Healthcare Workers: A Study on Burnout, Anxiety, and Coping Strategies During High-Stress Care. *Vascular and Endovascular Review*, 8(13), 256-261. <https://verjournal.com/index.php/ver/article/view/1018>
- Sidek, SM, Marup, S., & Zolkefli, Y. (2021). Nurses' view of the nature of the support given to parents in the neonatal intensive care unit. *Belitung Nursing Journal*, 7 (6), 522. <https://doi.org/10.33546/bnj.1668>

- Silva, S., Sampaio, C., & Marques, G. (2024). Intervenções do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria na promoção da parceria de cuidados à criança e família: revisão integrativa. *Servir*, 2(08), 1-13. <https://doi.org/10.48492/servir0208.35181>
- Siva, N., Velayudhan, B., Nayak, B. S., Lewis, L. E. S., Iqbal, F., & Noronha, J. A. (2024). Interventional Strategies to Mitigate Maternal Stress and Enhance Coping Skills During Neonatal Admission Into Intensive Care Units in Low-and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *Nursing Open*, 11(11), 1-16. <https://doi.org/10.1002/nop2.70071>
- Sobreira, V., Martins, R. G. J. & Moreira, W. W. (2025). Phenomenological research: philosophical thinking as a possibility for knowledge construction. *Olhares e Trilhas*, 27(2), 1-20. <https://doi.org/10.14393/OT2025v27.n.2.75890>
- Sousa, R. P. C.S., Maria, F., & Curado, M. A. D. S. (2020). Avaliação do stress parental na Unidade de Neonatologia: Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 24(2). <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i2.174>.
- Stovall, S. G., George, R. G., Lara, M. T., Gainous, K. O., Kitchens, R. F., & Hilton, C. L. (2024). Parent perspectives of co-occupations in neonatal intensive care: A thematic review of barriers and supports. *American Journal of Occupational Therapy*, 78(5), e123712. Doi: [10.1177/15394492241271220](https://doi.org/10.1177/15394492241271220)
- Sweet, D. G., Carnielli, V., Greisen, G., Hallman, M., Ozek, E., Plavka, R., ... Roehr, C. C. (2023). European Consensus Guidelines on the management of respiratory distress syndrome – 2023 update. *Neonatology*, 120(6), 654–681. <https://doi.org/10.1159/000531594>.
- Tajik, F., Mahmoodi, M., Azodi, P., & Jahanpour, F. (2024). Nurse-mother communication and support: Perceptions of mothers in neonatal units. *Heliyon*, 10(8). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e29325>
- Togo, A., Lincetto, O., Bua, J., Mariani, I., & Lazzerini, M. (2025). Person-and family-centred care in neonatology: a scoping review to identify existing definitions, models of care, and related categories of interventions. *Journal of Global Health*, 15, 1-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40999926/>
- Van Man, M. (2016). Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing. *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9781315422657>
- Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N., & Chirema, K. (2019). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1491-1505. Doi: [10.1111/jocn.14747](https://doi.org/10.1111/jocn.14747)
- Ventura-Silva, J. M. A., Silva Martins, M. M. F. P. D., Trindade, L. D. L., Faria, A. D. C. A., Barros, S. C. D. C., Melo, R. M. D. C. & Ribeiro, O. M. P. L. (2023). Escala de avaliação dos métodos de trabalho dos enfermeiros: um estudo de validação de conteúdo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0396pt>.

- Wang, M., Gong, X., Yu, L., Song, F., Li, D., Fan, Q., & Yan, X. (2024). Early enteral nutrition with exclusive donor milk instead of formula milk affects the time of full enteral feeding for very low birth weight infants. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1345768. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38721031/>
- Weber, A., Kaplan, H., Voos, K., Elder, M., Close, E., Tubbs-Cooley, H., ... & Hall, S. (2022). Neonatal Nurses' Report of Family-centered Care Resources and Practices. *Advances in Neonatal Care*, 22 (5), 473-483. [doi:10.1097/ANC.0000000000000964](https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000964)
- Yildiz, GK, & Besirik, SA (2025). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Child: Care, Health and Development*, 51 (3). <https://doi.org/10.1111/cch.70089>
- Zhang, R. & Dong, Q. (2025). Effectiveness of Supportive Nursing Care Interventions to Reduce the Stress of the Mothers in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Neonatal Care*. [doi: 10.1097/ANC.0000000000001329](https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000001329).
- Zhang, R. & Dong, Q. (2025). Effectiveness of Supportive Nursing Care Interventions to Reduce the Stress of the Mothers in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advances in Neonatal Care*. [10.1097/ANC.0000000000001329](https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000001329)
- Zych, B., Błaż, W., Kanadys, K., Dmoch-Gajzlerska, E., & Nagórska, M. (2025). Differences in parental stress in mothers and fathers of preterm infants: A prospective study in Poland. *European Journal of Midwifery*, 9, 10-18332. <https://doi.org/10.18332/ejm/200552>



## **Apêndices**

## Apêndice I – Poster – Cuidados Básicos ao Bebê



# CUIDADOS BÁSICOS ao bebê

### HIGIENE E BANHO

- Lavar as mãos com água e sabão antes de tocar no bebê;
- Preparar o material para o banho: banheira, toalha, produtos de higiene, roupa e fralda;
- Preparar o ambiente (22° a 24°) e temperatura da água (36° a 37°);
- Realizar a limpeza do coto umbilical com água e sabão no banho e posteriormente limpar com uma compressa.

### SONO SEGURO

- Colocar o bebê de costas para o colchão, alternando a lateralização da cabeça de 3/3 horas;
- Evitar almofadas, mantas soltas e brinquedos no berço;
- Manter o berço num local calmo e seguro.

### SINAIS DE ALERTA

Procure ajuda médica se:

- Febre superior a 38°;
- Dificuldade respiratória;
- Sonolência excessiva ou choro inconsolável;
- Vômitos persistentes ou diarreia;
- Fraldas secas.

### O SEU BEBÊ É ÚNICO



Realizado por:  
Instituto de Educação e Cultura  
Estadante do 2º e 3º anos do Ensino

## Apêndice II – Panfleto – Guia rápido de Enfermagem em Neonatologia



### Vigilância Clínica

Monitorizar parâmetros vitais regularmente;

Avaliar coloração, tônus, sucção e choro;

Vigiar refeições e eliminações urinárias e intestinais;

Estar atento a alterações do recém-nascido;

Registar todas as alterações de forma clara e objetiva.

Referências Bibliográficas:



Realizado por:  
Enfermeira Palmira  
Campeão estudante do 2º  
MESIP da ESSV

### Guia rápido de Enfermagem em Neonatologia



Apoiar os alunos de enfermagem na prestação de cuidados seguros e humanizados ao Recém-Nascido



### Prevenção de Infecções

Higienizar as mãos antes e após qualquer procedimento;

Utilizar técnica asséptica no manuseio de cateteres, sondas e coto umbilical;

Evitar uso de objetos pessoais dentro da unidade neonatal.

### Termorregulação

Manter temperatura ambiental entre 23–26 °C;

Utilizar incubadora ou berço aquecido para RN's prematuros;

Garantir contacto pele a pele (método canguru) sempre que possível.

### Aleitamento Materno

Incentivar a pega precoce e o contacto pele a pele;

Apoiar a mãe na extração e conservação do leite materno;

Promover posição confortável durante a amamentação.

### Envolvimento Parental

Estimular a presença ativa dos pais nos cuidados;

Ensinar técnicas de higiene, posicionamento e sinais de alerta;

Reforçar a importância do vínculo afetivo no desenvolvimento do RN.



### Conforto e Bem-Estar do Recém-Nascido

Minimizar estímulos (luz, ruído, manipulação excessiva);

Utilizar contenção suave (ninhos, mantas enroladas);

Avaliar sinais de dor e aplicar medidas não farmacológicas (sucção não nutritiva, colo).

# Apêndice III – Admissão de Doentes

|                                                                                  |                     |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|
|  | ADMISSÃO DE DOENTES | Serviço de<br>Pediatría -<br>Internamento |
|                                                                                  |                     |                                           |

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

Profissional que passa o doente: \_\_\_\_\_

Profissional que recebe o doente: \_\_\_\_\_

## I – IDENTIFICAÇÃO

- Nome da criança: \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- Responsável/acompanhante: \_\_\_\_\_
- Origem: Urgência ☐ Outra: \_\_\_\_\_
- Data/Hora de entrada no serviço: \_\_\_\_\_

## II – SITUAÇÃO ATUAL

- Motivo de admissão / Queixa principal: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico provisório / suspeito: \_\_\_\_\_
- Estado atual da criança ☐ Estável ☐ Instável ☐ Vigilância apertada

## III – BACKGROUND (ANTECEDENTES)

- Antecedentes pessoais relevantes: ☐ Sem antecedentes relevantes ☐ Com antecedentes \_\_\_\_\_
- Antecedentes perinatais (se aplicável): \_\_\_\_\_
- Medicação habitual: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## IV – AVALIAÇÃO

- Sinais vitais à admissão:
  - Temperatura: \_\_\_\_ °C
  - FC: \_\_\_\_ ~~60/60~~
  - FR: \_\_\_\_ ~~60/60~~
  - SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ %
  - TA: \_\_\_\_ ~~90/60/40~~
- Avaliação clínica relevante: \_\_\_\_\_
- Exames realizados na urgência: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

| Elaborado por: | Revisão por: | Aprovado em O.C.: | Data: | Nº de pág. |
|----------------|--------------|-------------------|-------|------------|
|                |              |                   |       | 1/2        |

|                                                                                   |                     |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|
|  | ADMISSÃO DE DOENTES | Serviço de<br>Pediatría -<br>Internamento |
|                                                                                   |                     |                                           |

- Intervenções realizadas na urgência: ☐ ~~Quimioterapia~~ ☐ ~~Quimioterapia~~
- Medicação EVVO ☐ Outros: \_\_\_\_\_

## V – RECOMENDAÇÕES

- Plano terapêutico atual: \_\_\_\_\_
- Cuidados de enfermagem prioritários: \_\_\_\_\_
- Vigilâncias específicas: ☐ Sinais vitais ☐ Dor ☐ Diurese ☐ Glicemias ☐ Outros: \_\_\_\_\_
- Exames/invaliações pendentes: \_\_\_\_\_
- Observações adicionais: \_\_\_\_\_

| Elaborado por: | Revisão por: | Aprovado em O.C.: | Data: | Nº de pág. |
|----------------|--------------|-------------------|-------|------------|
|                |              |                   |       | 2/2        |

## **Apêndice IV – Instrumento de Recolha de Dados, Guião da Entrevista**

### **Instrumento de Recolha de Dados – Guião da Entrevista**

#### **Momento 1: Legitimação da entrevista**

- Apresentação do estudo e do investigador, esclarecimento de dúvidas e questões, pedindo colaboração voluntária e informação de que pode haver resolução de uma das partes se assim o entenderem; Garantia do anonimato e confidencialidade ao longo de todo o estudo.

#### **Momento 2: Compreender as vivências dos enfermeiros na gestão do stresse parental numa unidade de neonatologia do Norte de Portugal.**

- O que é que entende por stresse parental?
- O que é que entende por “estratégias de enfermagem utilizadas para a redução do stresse parental” na prática diária da neonatologia?
- Lembra-se de alguma situação em que sentiu que um pai/mãe estava muito stressado? Pode falar-me dela?
- Que intervenções de enfermagem utilizou para gerir o stresse parental?
- Como experienciou a reação dos pais às suas intervenções?
- Qual foi a sua perceção sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na gestão do stresse parental?
- Na sua opinião a unidade presta um bom desempenho no geral? A equipa é capacitada?

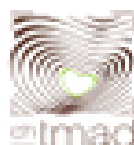
#### **Momento 3: Encerramento da entrevista**

- Permitir ao entrevistado(a) que aborde temas pertinentes não abordados durante a entrevista; agradecer a sua participação.



## **Anexos**

## Anexo I – Consentimento informado



(Autocolante identificativo)

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

(preencher em português)

**A vivência dos enfermeiros na gestão do stress parental em contexto neonatal: um estudo fenomenológico.**

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☒ Não ☐ Sim (n.º de páginas: \_\_\_\_\_).

**Investigador Responsável:**

Nome completo: Palma Alexandra Campeão Pereira

(LETRA DE IMPRESSA)

Assinatura: \_\_\_\_\_

BVCC n.º: 15294922

Categoria profissional: Enfermeira

Cédula Profissional: 98729

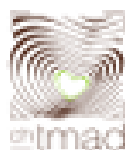
## DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL:

- ✓ Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha situação clínica e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído;
- ✓ Compreendi os objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos potenciais do estudo e o eventual desconforto;
- ✓ Autorizo que a informação e dados iconográficos respeitantes a mim sejam partilhados, de forma anónima, com a comunidade científica;
- ✓ Tive oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias, tendo obtido resposta satisfatória;
- ✓ Compreendi que tenho o direito de recusar em qualquer momento a participação no estudo, sem necessidade de dar qualquer explicação e sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada, sendo assegurada a confidencialidade da identidade e registos associados.
- ✓ Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.
- ✓ Após o período de reflexão, concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

**Esclarecimentos adicionais:**

A entrevista será gravada. Preservamos a confidencialidade e privacidade dos dados pessoais e as suas respostas serão usadas exclusivamente para fins académicos e publicações científicas, assegurando o anonimato adequado da divulgação dos resultados e a destruição da informação.

A entrevista será gravada apenas com autorização expressa, e os arquivos serão destruídos após a transcrição e análise.



(Autocolante identificativo)

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS CLÍNICOS OU EPIDEMIOLÓGICOS**

**Por favor confirme se todos os campos foram devidamente preenchidos e assinados.**

**Consentimento informado**

☐ Declaro que fui informado(a) sobre os objetivos da presente investigação de forma clara e que tive oportunidade de esclarecer qualquer dúvida. Fui ainda informado(a) da gravação da entrevista e que a qualquer momento poderei solicitar informação adicional e também interromper a minha participação.

**DECLARAÇÃO DO INTÉRPRETE** (Confirmando que interpretou fielmente o conteúdo deste formulário e a conversação entre o participante e o investigador)

Nome do intérprete ..... (LETRA DE IMPRENSA)

Assinatura do intérprete .....

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

Nome do participante: .....

Assinatura do participante: .....

BICC Nº: .....

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

**Se não for o participante a assinar:**

Nome: ..... (LETRA DE IMPRENSA)

BICC Nº: ..... Grau de parentesco ou tipo de representação: .....

Moneda: .....

Assinatura: .....

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

**Anexo II – Parecer da Comissão de Ética**

Exma. Senhora

Enfa. Palmira Alexandra Campeão Pereira

Aluna do Mestrado de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica no Instituto Politécnico de Viseu

Relativamente ao processo em referência, vimos, por este meio, prestar as seguintes informações:

Pareceres Emitidos

- A Comissão de Ética para a Saúde (CES) emitiu parecer favorável ao processo apresentado. (19.11.2025)
- O Conselho de Administração (CA) analisou e homologou o parecer emitido pela CES. (20.11.2025)

Com os melhores cumprimentos,

Carla Fonte