



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto

Ana Raquel Barros Vaz

junho de 2025

Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto

Ana Raquel Barros Vaz

Estágio com Relatório Final: Pediatria, Urgências Pediátricas e Neonatologia
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Manuel Pereira Cordeiro

junho de 2025

Agradecimentos

Neste momento de conclusão desta formação, jamais poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, que foi feita com persistência, resiliência e dedicação.

Agradeço profundamente ao Professor Manuel Cordeiro, pelo seu apoio inabalável e pelas suas críticas perspicazes ao longo do meu percurso de investigação. O seu profundo empenho na excelência académica e a sua atenção meticulosa aos pormenores moldaram significativamente esta tese. O seu *feedback* construtivo e sugestões foram fundamentais para melhorar a qualidade do meu trabalho. Também lhe agradeço pela generosidade em partilhar os seus saberes e por enriquecer a minha investigação.

O meu apreço vai também para todo os professores da Escola Superior de Saúde de Viseu, cujos ensinamentos foram inestimáveis. A sua sabedoria coletiva e o seu encorajamento foram uma pedra angular da minha experiência formativa.

Gostaria também de agradecer às Enfermeiras que disponibilizaram parte do seu tempo para participarem neste estudo, sem as quais este trabalho não seria tão robusto e rico, partilhando as suas vivências. O seu espírito de colaboração fez toda a diferença.

Agradeço, igualmente, à minha família, Marido e filha, pelo amor, compreensão face à ausência e apoio incondicional ao longo destes anos. Estes sempre estiveram ao meu lado, o seu olhar, sorrisos, toque... foram fonte de encorajamento para que eu seguisse em frente e levasse este projeto de vida a porto seguro.

Aos meus amigos, o meu mais sincero obrigada por acreditarem em mim, mesmo quando eu duvidava de mim mesma, com paciência e carinho apoiaram-se e motivaram-me durante os períodos de maior stresse e incerteza. Agradeço-vos por todos os momentos de descontração e pelas palavras de incentivo.

Grata, por tudo.

Resumo

Introdução: Ao longo do percurso formativo, aprofundei conhecimentos e competências essenciais à prática de excelência em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Comprometida com a qualidade dos cuidados, investi na construção do meu saber, destacando-se a realização de um estudo qualitativo sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, como estratégia de promoção de conforto. Um conjunto crescente de evidências revela que o ruído branco pode desviar a atenção dos bebés prematuros dos estímulos dolorosos porque bloqueia o ruído desagradável e irregular gerado pelo ambiente externo, reduzindo, assim, significativamente a intensidade da dor.

Objetivo: Refletir criticamente sobre as aprendizagens, em conformidade com as competências específicas do do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Compreender se os enfermeiros que exercem em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto.

Metodologia: Recurso a uma metodologia crítico-reflexiva acerca das atividades desenvolvidas nos diferentes estágios; estudo qualitativo, fenomenológico-hermenêutico, tendo por base os seis critérios sugerido por Max Van Manen. Amostra de 7 enfermeiras a exercer em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de duas Unidade Locais de Saúde. Utilizou-se a técnica de amostragem de conveniência, com recolha de dados através de entrevista semiestruturada.

Resultados: Diversos aspetos contribuem para o aumento do desconforto e stresse dos recém-nascidos e as estratégias para os atenuar são cruciais para um ambiente mais favorável ao desenvolvimento e recuperação dos recém-nascidos.

Conclusão: O estudo mostra que as enfermeiras que exercem em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto.

Palavras-chave: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal; Recém-nascido; Ruído branco; Conforto, Cuidado de Enfermagem.

Abstract

Introduction: Throughout my academic journey, I have deepened essential knowledge and skills for delivering excellence in Pediatric and Child Health Nursing. Committed to the quality of care, I actively invested in building my expertise, notably through a qualitative study on the effects of white noise on premature infants in the Neonatal Intensive Care Unit, as a strategy to promote comfort. An increasing body of evidence suggests that white noise can divert premature infants' attention from painful stimuli by masking unpleasant and irregular external environmental noise, thereby significantly reducing pain intensity.

Aim: To critically reflect on the learning outcomes in alignment with the specific competencies of the Pediatric and Child Health Specialist Nurse; and to understand whether nurses working in Neonatal Intensive Care Unit are knowledgeable about the effects of white noise on premature infants as a non-pharmacological comfort-enhancing measure.

Methodology: A critical-reflective approach was applied to the activities developed during the various clinical placements. A qualitative, phenomenological-hermeneutic study was conducted based on the six criteria proposed by Max Van Manen. The sample consisted of seven nurses working in the Neonatal Intensive Care Unit of two Local Health Units. Convenience sampling was used, and data were collected through semi-structured interviews.

Results: Several aspects contribute to increased discomfort and stress in newborns and strategies to mitigate them are crucial for a more favorable environment for the development and recovery of newborns.

Conclusion: The study shows that Neonatal Intensive Care Unit nurses are aware of the effects of white noise on premature babies as a non-pharmacological measure to promote comfort.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit; Newborn; White noise; Comfort, Nursing Care.

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas	
Introdução	17
Parte I - Percurso Formativo em Estágio.....	21
1. Estágio de Pediatria	23
2. Estágio de Urgências Pediátricas	35
3. Estágio de Enfermagem de Neonatologia	43
Parte II - Trabalho de Investigação	53
4. Enquadramento Teórico e Justificação.....	55
5. Metodologia	61
6. Resultados.....	67
7. Discussão dos resultados	81
8. Conclusão.....	87
Referências bibliográficas	89
Anexos	75
Apêndices	145

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1.	Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes	67
Tabela 2.	Causas de maior desconforto (stresse) nos RN na UCIN e estratégias para o minimizar	69
Tabela 3.	Medidas não farmacológicas mais promotoras de conforto ao RN	70
Tabela 4.	Conhecimento do ruído branco como medida não farmacológica	71
Tabela 5.	Utilização do ruído branco na prática profissional	72
Tabela 6.	Benefícios atribuídos ao ruído branco	73
Tabela 7.	Existência de protocolo ou orientação institucional sobre o uso de ruído branco	74
Tabela 8.	Fatores para decisão do uso do ruído branco em UCIN	75
Tabela 9.	Recomendações e contraindicações do uso do ruído branco	76
Tabela 10.	Formação em medidas não farmacológicas e interesse em formação sobre ruído branco	77
Tabela 11.	Necessidade de informação e treino sobre ruído branco e outras intervenções não farmacológicas	78
Tabela 12.	Outros aspetos vivenciados relevantes	79

Lista de abreviatura, siglas e acrónimos

AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
BIS	Índice Bispectral
BPN	Baixo Peso à Nascimento
CBCNP	Catéter de Bloqueio Contínuo de Nervos Periféricos
CCD	Cuidados Centrados no Desenvolvimento
CCF	Cuidados Centrados na Família
CIP	Cuidados Intensivos Pediátricos
CMESIP	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
CVC	Catéter Venoso Central
DGS	Direção-Geral da Saúde
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PBE	Prática Baseada em Evidência
PCA	Patient-Controlled Analgesia
PE	<i>Pectus Excavatum</i>
PEEP	<i>Positive End-Expiratory Pressure</i>
pp.	Página
PPC	Pressão de Perfusão Cerebral
RCIU	Restrição de Crescimento Intrauterino
RN	Recém-nascido
SIP	Saúde Infantil e Pediátrica
SMIP	Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
ULS	Unidade Local de Saúde

Introdução

O ingresso no curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica representa uma etapa decisiva na aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências essenciais para a prestação de cuidados de saúde adequados a crianças, jovens e respetivas famílias. O curso é composto por um conjunto estruturado de unidades curriculares, com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e de investigação, de forma a intervir na prestação de cuidados à criança e família, visando a maximização da saúde em contextos de elevada complexidade, em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento. Este percurso formativo também visa a aquisição de conhecimento e a melhoria das competências essenciais para uma prática especializada, com foco na gestão de cuidados e equipas, bem como na inovação e transferência do conhecimento científico (Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV, 2024). Neste pressupostos, este percurso formativo proporcionou-me uma expansão dos meus horizontes no campo da prática clínica, ao mesmo tempo que me permitiu compreender de forma mais aprofundada as necessidades e as especificidades das crianças/jovens e sua família.

Os estágios proporcionaram-me a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso num ambiente prático, onde fui confrontada com uma variedade de casos clínicos complexos, desafiando-me a desenvolver a minha capacidade de responder rapidamente e com eficácia a todas as situações, bem como promover a segurança, o conforto e o bem-estar das crianças e das suas famílias.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontram-se definidos seis enunciados descritivos que devem orientar a prática: satisfação da criança/jovem; promoção da sua saúde; prevenção de possíveis complicações; bem-estar e autocuidado; adaptação às condições de saúde; organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2017, p. 7), tendo em conta que

todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

Por conseguinte e refletindo sobre a essência do supracitado, procuro integrar o meu “eu” pessoal e profissional no documento que aqui apresento, refletindo sobre as

experiências vividas ao longo dos estágios, que me permitiram aprimorar e adquirir competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Como nos escreve Almeida Garrett, na sua obra *Viagens na minha terra*: “de quanto vir e ouvir, de quanto eu pensar e sentir se há de fazer crónica”.

Um dos requisitos desta formação estimular a investigação para uma prática baseada em evidências, que consiste na integração das melhores evidências disponíveis com os conhecimentos do investigador e as necessidades do cliente, tendo em conta o ambiente da prática (Brunt & Morris, 2023). Nesta função, a formação recebida promoveu um espírito de investigação, gerar e divulgar novos conhecimentos, bem como utilizar evidências para fazer avançar e orientar a prática clínica e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A investigação científica é um padrão de ouro de prática no âmbito dessa função (Brunt & Morris, 2023). Neste sentido, o meu trabalho investigativo subordina-se ao tema “Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto”.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é um ambiente de elevado stresse que pode afetar a secreção hormonal, a função cardiopulmonar, o ciclo sono/vigília, o estado de alerta, a regulação da temperatura e o desenvolvimento intelectual dos bebés prematuros. Não é propício à sua recuperação, crescimento e desenvolvimento. O som do batimento cardíaco da mãe e o ruído branco podem estabilizar a frequência cardíaca e a respiração dos bebés prematuros e aliviar a dor (Almadhoob & Ohlsson, 2020; Zhao et al., 2022). No seu estudo, Zhang e He (2022) analisaram retrospectivamente 121 bebés prematuros internados no Departamento de Recém-Nascidos do Hospital Suzhou Kowloon de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Estes foram divididos em grupo de intervenção (aqueles que receberam o som do batimento cardíaco da mãe combinado com ruído branco) e um grupo de controlo (tratamento de rotina e amamentação); a frequência cardíaca, o estado de sono, o peso e a taxa de ganho de peso dos dois grupos foram comparados antes e depois da intervenção. A frequência cardíaca e as pontuações do estado comportamental do grupo de intervenção durante a intervenção (10, 20 min) e 1 min após a intervenção foram significativamente mais baixas do que 1 min antes da intervenção. O peso do grupo de intervenção foi significativamente mais elevado do que o do grupo de controlo no 14º dia após a intervenção e a taxa de aumento de peso foi mais rápida do que a do grupo de controlo e o consumo médio diário de leite do grupo de intervenção na primeira e segunda semana foi superior ao do grupo de controlo. Foi registada uma taxa significativa de ganho de peso no grupo de intervenção. Zhang e He (2022), com base nos seus resultados, referem que a combinação da estimulação auditiva dos batimentos cardíacos da mãe e do ruído branco para bebés prematuros na UCIN pode reduzir eficazmente a frequência

cardíaca dos bebês prematuros, estabilizar o seu humor, promover o seu sono, aumentar a quantidade de leite consumido durante a hospitalização, aumentar a taxa de ganho de peso e promover o seu desenvolvimento físico.

Tendo por base estas evidências, optei por realizar um estudo qualitativo, fenomenológico-hermenêutico, cujo objetivo geral consiste em compreender se os enfermeiros que exercem em UCIN têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebês prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto. Mais especificamente, pretendo determinar as medidas não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros para promover conforto em bebês prematuros em UCIN; conhecer as suas necessidades formativas acerca dos efeitos do ruído branco em bebês prematuros para promoção de conforto em UCIN.

Este documento encontra-se estruturado em duas partes, constando da primeira uma descrição e crítica reflexiva sobre o percurso formativo em estágio; na segunda parte tem, assim, lugar o estudo investigativo em epígrafe,

Parte I – Percorso Formativo em Estágio

1 – Estágio de Pediatria

O primeiro estágio realizado foi o de Pediatria, sob a Orientação do Professor Manuel Cordeiro e Tutoria de Enfermeiras Mestres e Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com início a 20 de maio e *terminus* a 19 de julho 2024, com a duração de 120 horas (seis semanas), tendo decorrido no Serviço de Pediatria de uma Unidade Local do Norte de Portugal. Como enfermeira tenho a consciência de que a profissão está sujeita a uma evolução científica e tecnológica constante, o investimento na aprendizagem torna-se imperativo. No entanto, cada enfermeiro fá-lo-á, tendo em consideração as suas áreas de interesse.

1.2 – Descrição autocrítica e reflexiva

A procura constante da máxima qualidade dos serviços prestados é o superior interesse da enfermagem, sendo, deste modo, exigida ao seu corpo de profissionais a procura da excelência do exercício, em todo o ato profissional. Existe a necessidade de uma abordagem de cuidados flexível e ativa, em que a relação interpessoal é uma constituinte imprescindível para a qualidade dos cuidados e que envolve sentimentos e emoções, no contacto com as crianças/jovens, pais e seus familiares. Mas tal processo implica necessariamente a aquisição de competências que, conforme a OE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, p. 4744), se categorizam-se em:

a) *“Competências comuns”*: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) *“Competências específicas”*: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Por conseguinte, segue-se uma reflexão crítico-reflexivas competências comuns do EE adquiridas no decorrer do presente estágio.

Neste estágio, as atividades previstas contribuíram para a minha integração no serviço, tendo as mesmas sido deveras proeminentes no sucesso da aprendizagem e desenvolvimento de competências. Conhecer as instalações, a estrutura, os recursos humanos e materiais, as normas, os protocolos e a sua dinâmica assistencial, teve um papel facilitador na compreensão da sua organização e funcionamento, bem como na autonomia e prestação de cuidados. A estrutura física de uma unidade tem um impacto que condiciona a atividade assistencial, a operacionalização e a dinâmica da equipa multidisciplinar, o fluxo dinâmico de quem procura os seus serviços e, ainda, a comunicação entre todos os intervenientes (Halawa et al., 2020). Reconheço por parte dos profissionais, com os quais estive envolvida diretamente, uma intervenção humanizadora.

Ao longo deste estágio fui pontual, assídua e assertiva na minha atuação, cumprindo o plano estabelecido. Mantive uma postura apropriada, sempre disposta para novas aprendizagens e desafios. Acresce referir penso que demonstrei maturidade e receptividade para críticas construtivas, assim como a responsabilidade, de acordo com a ética e deontologia exigidas pela profissão. Mostrei sempre disponibilidade e fui recetiva aos ensinamentos realizados pelas enfermeiras com quem trabalhei em parceria, no respeito pela sua experiência e conhecimentos, colaborando na tomada de decisão em equipa. Considero que mantive uma postura de humildade, pois ninguém aprende no lugar do outro e é com a partilha de saberes por parte de quem já é perito que conseguimos potenciar os nossos pontos fortes e transformar as nossas vulnerabilidades, bem como adquirir experiência e competências. Como sustenta Benner (1984), a experiência conquista-se com o tempo de prática e de autorreflexão que permite que as noções e as expectativas preconcebidas sejam confirmadas, refinadas ou desconfirmadas em circunstâncias reais. O mero encontro com as condições e situações da prática profissional não é experiência; pelo contrário, a experiência implica que os enfermeiros reflitam sobre as circunstâncias encontradas para aperfeiçoar a sua tomada de decisão momento a momento num nível intuitivo.

No domínio da melhoria contínua da qualidade são valorizadas as atividades que visam a qualidade e a segurança dos cuidados. Reforço citando Sousa et al. (2024, p. 16), segundo os quais

Apesar de estudos escassos acerca da segurança do doente pediátrico, os dados são inquietantes. Acredita-se que as crianças, pela sua especificidade, são mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos durante a hospitalização, comparativamente à população adulta. Da sua especificidade, destaca-se o metabolismo acelerado e a maior variação do peso corporal, o que torna necessário o ajuste frequente de doses e concentrações de medicamentos, a imaturidade no desenvolvimento de órgãos e sistemas, a curiosidade e

imprevisibilidade dos movimentos, características do próprio desenvolvimento da criança, carecendo estes de maior monitorização e vigilância constantes.

Por conseguinte, a segurança do doente foi sempre um requisito prioritário ao longo da minha prática, pois requer uma abordagem mais cuidadosa e especializada, envolvendo profissionais bem formados, protocolos ajustados e equipamentos adequados. Também é crucial a participação ativa dos pais ou cuidador principal, que devem ser devidamente informados e integrados no processo de cuidados, porquanto a sua presença pode contribuir para uma observação mais atenta do comportamento da criança. Portanto, a promoção da segurança no cuidado pediátrico envolve não só a adaptação das práticas de cuidados às especificidades fisiológicas e comportamentais das crianças, mas também à criação de um ambiente hospitalar que favoreça a monitorização constante e a comunicação eficaz entre a equipa de saúde, os pais e a criança.

Assim, considero ter desempenhado um papel ativo no meu próprio desenvolvimento, procurando a aquisição, reforço e atualização de saberes e habilidades que garantissem e promovessem a qualidade e segurança dos cuidados à criança/jovem/família. Como contributo para o contexto da prática, depois de identificadas as oportunidades de melhoria do Serviço, participei na realização de questões sobre o tema Recidiva de Mal Convulsivo em criança Adolescente - Estudo de Caso, para participar no Submit 2024, no Porto, bem como realizei formação sobre a drepanocitose, em decorrência de um caso recente existente no Distrito de Vila Real, através de apresentação em PowerPoint. O feedback que obtive por parte da equipa de enfermagem foi muito positivo, o que se traduziu numa experiência muito enriquecedora. No decorrer do meu estágio e devido ao meu investimento proativo, encontrei algumas oportunidades de melhoria contínua da qualidade assistencial e sobre as quais tive oportunidade de analisar e refletir junto da equipa. A formação em serviço possibilita aos elementos da equipa de enfermagem a possibilidade de atualização e reflexão sobre a prática e a reflexão sobre oportunidades de melhoria e situações problema que emergem, para as quais a equipa não está preparada para responder imediata e eficazmente. Assim, tive a oportunidade de reforçar a premissa de que as necessidades formativas existem sempre em qualquer contexto da prática clínica, quer seja para implementação de um novo procedimento, quer seja para melhoria das atividades ou até mesmo para sustentação/reforço de informação, tendo sempre como guia que a formação é o pilar da melhoria da qualidade assistencial, para garantia da segurança do doente e estabelecimento de um ambiente terapêutico para o utente pediátrico/família.

Uma das formas, por excelência, para poder demonstrar o desenvolvimento de aprendizagens profissionais foi a reflexão conjunta com as enfermeiras tutoras, para ganhos de profissionais e pessoais, objetivando a maximização do meu desempenho. Esta reflexão

sobre a minha prática para proporcionar cuidados de qualidade foi uma constante ao longo deste estágio, levando-me a uma constante indagação e aprofundamento de áreas temáticas tendo por base as evidências científicas. Pela necessidade constante de atualizações, para uma prática caracterizada pela qualidade e segurança, justifica-se a importância do desenvolvimento de aprendizagens profissionais para a excelência do Cuidar. Esta afirmação está em consonância com o exposto na alínea a) do artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, onde consta que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” e a “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. (alínea c) do mesmo artigo). Neste contexto, o domínio da formação é um alicerce relevante na assistência de enfermagem avançada, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela atualização do seu próprio conhecimento, estabelecendo-se, igualmente, como um elemento que promove a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos seus pares, tendo sido exemplo, tal como já referido anteriormente, a promoção de formação em serviço. Em suma, o EE deve desenvolver um papel ativo na sua formação, identificar lacunas e desenvolver o seu próprio conhecimento e o dos seus pares.

É essencial que o EE desenvolva competências na área da gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, adequando os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados (OE, 2019). Assim sendo, tive a oportunidade de adquirir conhecimentos práticos das funções do EE enquanto colaborador na gestão do serviço, o que me permitiu compreender as funções dos diversos elementos da equipa que integrei, levando-me ainda mais a valorizar a importância de trabalhar em equipa multidisciplinar, caminhando todos em direção a uma meta comum: obter ganhos em saúde para o utente pediátrico e sua família. Tive igualmente a oportunidade de participar na tomada de decisões da equipa de saúde no que diz respeito aos cuidados à suprarreferida díade, através da partilha de conhecimentos e informações, bem como a oportunidade de acompanhar e colaborar com a Enfermeira Chefe a nível da gestão, verificando como se processam os pedidos de material e elaboração de horários. Por conseguinte, no domínio da gestão de cuidados, demonstrei colaboração e interesse em perceber todo o processo de gestão do Serviço de Pediatria.

Seguidamente passo a refletir criticamente sobre os objetivos e atividades, propostas e desenvolvidas neste meu percurso formativo, para atingir as competências específicas do EEESIP.

Em colaboração com a Enfermeira Tutora pude prestar cuidados de enfermagem diferenciados, em conformidade com a patologia e focos de atenção do utente pediátrico (medicação, punções para cateter periférico...), dando primazia à abordagem holística, para garantia do bem-estar geral do utente pediátrico/família. Considero que consegui priorizar as necessidades identificadas em cada criança/jovem/família, reconhecendo, assim, que este é o foco de atenção do EEESIP, integrado numa equipa pluridisciplinar. Participei ativamente, comuniquei com sensibilidade e utilizei estratégias motivacionais para promover cuidados que satisfizessem as necessidades de cada utente pediátrico/família, vendo-os na sua singularidade, dando valor à sua vontade expressa e sem quaisquer juízos de valor (Tiwary et al., 2021). Comuniquei os aspetos relevantes perante as necessidades desenvolvimentais detetadas, demonstrando também habilidades comunicacionais, utilizadas na condução da minha relação terapêutica, desenvolvendo a confiança e dando apoio ao utente pediátrico/família. Procurei oportunidades e apliquei estratégias para trabalhar com a criança/jovem e sua família, a fim de que estes adotassem comportamentos promotores da maximização da sua saúde. Neste contexto, regi-me pelo Modelo de Enfermagem de Anne Casey, por ter subjacente a teoria de enfermagem especificamente adaptada à saúde da criança, em 1988, e continua a ser um dos primeiros modelos concebidos à volta do envolvimento da família e da parceria na prestação de cuidados a uma criança, salientando as parcerias entre o enfermeiro, a criança e a família como a combinação ideal (Duffy, 2010). Para tal, parti de um apanágio que me caracteriza na minha prática profissional, ou seja, que as influências significativas na quantidade e no tipo de envolvimento destes parceiros do cuidar incluíam a acuidade, a situação clínica da criança/jovem, a duração do internamento e as características da família, bem como me regi pela máxima comunicar é cuidar (Phaneuf, 2005). Uma comunicação eficaz é crucial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, ou seja, a importância de uma comunicação correta e atempada continua a ser sublinhada na área da segurança dos doentes (Phaneuf, 2005). Os EEESIP devem desenvolver as suas competências de comunicação quer para melhorar a sua relação terapêutica com o utente pediátrico e sua família, quer com a dinâmica da equipa que integra (Tiwary et al., 2021). No processo comunicacional, entre quem cuida e quem é cuidado é importante uma transmissão clara das ideias/informações para que o recetor compreenda o significado preciso da mensagem, demonstrando apoio e empatia (Tiwary et al., 2021). Assim, evitei uso excessivo de termos técnicos na comunicação com o utente pediátrico e sua família.

Os profissionais de saúde utilizam regularmente o jargão/termos técnicos quando comunicam com os doentes, apesar de reconhecerem que este deve ser evitado. Embora esta linguagem médica possa facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, a sua

utilização com os utentes e família pode introduzir confusão que pode ter consequências graves (Pitt & Hendrickson, 2020). O desfasamento entre a nossa intenção de evitar o jargão e a realidade da sua utilização frequente tem sido designado por esquecimento do mesmo. Uma razão potencial para este desfasamento é o facto de, enquanto profissionais de saúde, assumirmos simplesmente que os nossos utentes compreendem a terminologia que estamos a utilizar. Por mais intencionais que sejamos em minimizar o jargão, não evitaremos o uso de palavras e expressões que, à partida, não reconhecemos como jargão. Assim, procurei utilizar uma linguagem mais clara e acessível na comunicação com a criança/jovem e família, para que pudessem perceber clara e assertivamente as informações que lhes transmitia, não lhes potenciando ainda mais ansiedade, medo, stresse, angústia emocional e insatisfação perante os cuidados prestados, confundindo-os e dificultando a sua compreensão sobre o seu estado clínico e tratamento. Os EEESIP têm um papel ativo com iniciativa e atitude positiva, devendo, por isso, assumir um discurso claro e direto, em todas as situações com que se depara, pois cada caso é um caso e não existem medidas “pronto-a-vestir”, ou seja, devemos-nos adaptar a cada criança/jovem/família e não ao contrário. Promovi a parceria de cuidados, centrados na família, sobretudo com a mãe, pai e irmãos, bem como analisei criticamente as opções tomadas.

Geri diferenciadamente a dor e o bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. A dor nunca deve ser descurada em pediatria, sendo considerada um fenómeno biopsicossocial. São necessárias estratégias físicas e psicológicas. A abordagem da dor no utente pediátrico é um direito da criança/jovem e um dever dos enfermeiros. Este previne a dor, o medo e a ansiedade, promove uma recuperação mais rápida e experiências atraumáticas, reduz respostas de stresse e de ansiedade em procedimentos presentes e futuros, bem como previne hiperalgesia/dor persistente e sequelas biopsicossociais. Para tal, apliquei várias escalas da dor, segundo a Norma da DGS 014/2010 de acordo com a idade do utente pediátrico. Recorri a técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, como o abraço, a massagem, o uso de chupeta, o toque terapêutico, a distração com brinquedos, o diálogo, a prestação de informações pré-processuais, a aplicação de calor/frio, o envolvimento dos pais, os cuidados canguru, a administração de sacarose, a distração por vídeo, a recompensa pós-aplicação, entre outras. Os enfermeiros desempenham um papel vital na gestão da dor através do seu envolvimento na prática clínica, investigação, educação e desenvolvimento de intervenções adaptadas a cada caso. A gestão da dor é crucial nos cuidados pediátricos, onde várias estratégias devem ser consideradas para garantir cuidados abrangentes e eficazes para as crianças/jovens (Yaz & Atay, 2022). Antecipar e gerir eficazmente a intensidade da dor é essencial para, para que a

criança/jovem tenha uma experiência o mais positiva possível desta sua transição. O controlo e boa gestão da dor é complexo devido ao desenvolvimento cognitivo de cada criança e à natureza da hospitalização

Tendo em conta que as quedas são responsáveis por uma elevada proporção dos acidentes de segurança sofridos por crianças hospitalizadas, realizei ensinamentos sobre a prevenção de acidentes e quedas. A gestão da segurança dos doentes tem sido considerada um fator importante para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo. Estudos sugerem que os conteúdos da educação para a prevenção de quedas devem incluir a aprendizagem de vários comportamentos e métodos preventivos e que os programas educativos devem ser dirigidos não só aos utentes pediátricos de alto risco, mas também aos profissionais de saúde e família, para promover a atenção e o interesse (Kim et al., 2021). Em particular, os mesmos autores verificaram que os utentes pediátricos internados estão envolvidos em incidentes de quedas mesmo quando o enfermeiro está presente, o que sugere que a educação em regime de internamento não pode, por si só, reduzir eficazmente as quedas, realçando ainda mais a importância da educação para a prevenção de quedas para os profissionais de saúde, de modo a que estes possam estar sempre por perto para proteger as crianças (Kim et al., 2021). Não me imiscui da responsabilidade de ser uma educadora, um papel que compete também ao enfermeiro.

Outra atividade muito importante foi a realização de ensinamentos sobre má evolução ponderal que, normalmente, é utilizado para descrever a falta de ganho de peso adequado em utentes pediátricos. As definições aceites incluem um peso para a idade inferior ao percentil 5 nos gráficos de crescimento padronizados, uma diminuição do percentil de peso de mais de 2 linhas de percentil principais no gráfico de crescimento ou menos de 80% da mediana do rácio peso/altura/comprimento (Smith et al., 2024). Os EEESIP devem reconhecer que o tratamento hospitalar tem um papel a desempenhar se a criança estiver mais gravemente desnutrida, tiver outras doenças subjacentes ou tiver falhado o tratamento ambulatorio (Smith et al., 2024). É essencial reconhecer e tratar a má evolução ponderal porque pode resultar em atrasos no desenvolvimento e outros efeitos a longo prazo para a criança em desenvolvimento. Uma vez que a razão subjacente à má evolução ponderal está frequentemente relacionada com etiologias inorgânicas de ingestão calórica inadequada, o EEESIP deve ser um educador, um transmissor de informações que ajudem os pais face a esta problemática.

Tendo consciência da importância do EEESIP na assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, realizei ensinamentos sobre a importância de uma qualidade da higiene de sono. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2023) defende a promoção de literacia em saúde dirigida às populações, independentemente da sua faixa

etária, tem um grande potencial para promover a saúde da população, levando à promoção de comportamentos saudáveis, o que a torna uma forma eficaz de as crianças, adolescentes e famílias exercerem um maior controlo sobre a sua saúde e contribuírem para a sua melhoria. Segundo a OE (2023, p. 24), são várias as estratégias de higiene do sono na criança e adolescente: estabelecer um horário regular de sono, adotar uma rotina de sono regular, consistente, previsível e relaxante, sempre idêntica e apropriada à idade, proporcionar um ambiente adequado de sono no quarto; não permitir a utilização de ecrãs antes de adormecer; não ter fome ao deitar nem permitir a ingestão de líquidos excessivos perto da hora do início da noite; reduzir os alimentos e bebidas com estimulantes; incentivar a prática de atividade física moderada e evitar atividades vigorosas antes de adormecer. Todas estas estratégias devem ter sempre em conta as especificidades de cada criança/adolescente.

Demonstrei conhecimentos sobre amamentação, aplicados na realização de ensinamentos. O leite materno é considerado um alimento completo, com efeitos positivos para a saúde do recém-nascido em todos os níveis. Também a mãe beneficia de diversas vantagens para a sua saúde. Apesar de todos os benefícios demonstrados e de terem sido nestes anos todos obtidos progressos notáveis, apenas cerca de 48% dos bebés entre os 0 e os 5 meses de vida foram amamentados exclusivamente em todo o mundo no ano de 2021 e cerca de 67% era amamentado exclusivamente durante os primeiros dois dias após o nascimento (OMS & UNICEF, 2022). A Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica também assume que o principal objetivo a atingir é a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida da criança. Os especialistas acreditam que o aleitamento materno é a melhor forma de assegurar um desenvolvimento ótimo e adequado da criança e concluem que o aleitamento materno é o padrão no que diz respeito à alimentação infantil (OMS & UNICEF, 2022). Assim, prestar atenção ao processo de amamentação é crucial. Através de boas práticas no momento certo, o EEESIP deve incentivar ao aleitamento materno, traduzindo-se em múltiplos benefícios para a mãe e para o bebé. Transmitemos que o aleitamento materno é a coisa mais valiosa que a mãe pode oferecer ao seu filho, pois fornece-lhe todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento geral.

A diversidade e riqueza da prática clínica em Pediatria possibilitaram-me experienciar e colaborar em situações de particular exigência. Todas elas se revelaram essenciais no meu processo de desenvolvimento, pois o contacto com situações clínicas, procedimentos e técnicas com as quais até então não tinha tido oportunidade, impulsionou a minha reflexão e pesquisa, possibilitando-me responder na complexidade de forma atempada e segura, suportada por atuais, pertinentes e válidos conhecimentos e habilidades (Regulamento da

n.º 422/2018, de 12 de julho, da OE). Assim, destaco a colaboração na prestação de cuidados a utentes pediátricos com doenças crónicas complexas (como, Síndrome Digeorge, Mal convulsivo, trombocitopenia, drepanocitose, tratamentos pós punção lombar com diagnóstico de meningite vírica, criança com mononucleose infecciosa, tratamento de criança com suspeita de tosse convulsa, atrasos no desenvolvimento). Tendo como objetivo a minha prática assistencial uma prestação de cuidados atraumáticos, de acordo com o consagrado na Convenção dos Direitos da Criança e na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, realço a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193), tal como referi anteriormente. Foram várias as situações em procedi à sua avaliação e alívio, particularmente aquando da realização de procedimentos invasivos em que cumpro as orientações técnicas emanadas pela DGS (2012) para controlo da dor no decurso dos mesmos. Contudo, assumindo que a dor causada por procedimentos invasivos pode ter implicações emocionais e psicológicas para a criança, a minha atuação foi também orientada pelos princípios gerais para o seu efetivo controlo elucidados no Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013), designadamente, a negociação da presença e envolvimento do familiar, o agrupar de cuidados, o respeito e consideração pela idade e desenvolvimento cognitivo, a honestidade na informação fornecida, o incentivo à expressão de sentimentos por parte da criança, o elogio positivo no final e a permanência junto do mesmo após o termino do procedimento.

Colaborei na prestação de cuidados pré e pós-operatório de otorrino e ortopedia. O processo de doença e hospitalização infantil é sempre desafiador para a criança e família, com agudização em situações de cirurgia. Relativamente à criança, pode originar nela experiências desagradáveis por se encontrar afastada do seu ambiente familiar, social e afetivo e exposta a uma enorme tensão emocional, e motivar reações comportamentais comprometedoras quer do seu desenvolvimento, quer da sua relação afetiva com a família (Sousa et al., 2023). Assim, forneci-lhes todas as informações necessárias, dei-lhes espaço para expressarem as suas dúvidas e receios, prestando uma assistência holística e desmistifiquei ideias preconcebidas. Este apoio foi importante, uma vez que pude constatar que o utente pediátrico e a família ficavam menos tensos emocionalmente e mais participativos. No pré-operatório, efetuei uma avaliação exaustiva e abordei as ansiedades e questões do utente pediátrico e dos seus pais. Os cuidados pós-operatórios incluíram a abordagem das diferenças nas vias aéreas, sinais vitais, avaliação e gestão da dor, gestão de fluidos e preparação para a alta. O conhecimento das diferenças anatómicas e fisiológicas, das fases de desenvolvimento e das necessidades cirúrgicas das crianças permitiu-me prestar cuidados seguros e de elevada qualidade ao utente cirúrgico pediátrico

e família. Todo este processo implicou a identificação dos problemas no que se refere às necessidades especiais de complexidade na criança/jovem, resultando na implementação de intervenções especializadas que contribuiram para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar da criança/jovem/família.

O meu percurso formativo em contexto do Serviço de Pediatria, intensificado pelos conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo do meu percurso profissional, conferiu-me um maior domínio da prática, proporcionando uma maior capacidade de previsão, compreensão intuitiva do problema e gestão de situações complexas. Permitiu-me lidar com novas e complexas situações, o que levou à pesquisa bibliográfica, à partilha e discussão reflexiva com as Enfermeiras Tutoras e restante equipa de enfermagem, traduzindo-se num aprofundamento de conhecimento, no qual se alicerçou o meu pensamento e julgamento críticos, os processos de tomada de decisão, a opção por estratégias e intervenções, tornando-me mais autónoma. Todas as experiências vivenciadas possibilitaram-me aprimorar competências em vários domínios, como referi ao longo deste relatório. Por outro lado, posso afirmar que as competências adquiridas contribuíram muito para a prestação de cuidados mais humanizados, sendo esta a essência da Enfermagem, bem como desenvolvi mais competências técnicas. Estabeleci relações interpessoais muito positivas e facilitadoras de um cuidado humanizado.

Como cuidar de um utente pediátrico é muito complexo e desafiador, as reflexões conjuntas e partilhadas, em equipa, levaram-se sempre a questionar acerca do que aprendi com determinada situação. Esta partilha de experiências é uma forma, por excelência, de mútua ajuda, aliviando quem cuida para poder cuidar de forma humanizada quem precisa. Retiro destas reflexões que a habilidade mais importante que precisamos ao cuidar de um utente pediátrico e sua família é a capacidade de nos sintonizarmos com o seu estado de ser. Ouvir e observar cuidadosamente para ajudá-los a reconhecer quando algo lhe está a causar desconforto ou quando há necessidade da nossa proximidade. Não podemos ter um olhar biomédico, mas um olhar biopsicossocial, um olhar holístico, para humanizar o ato de cuidar. Como diz o velho ditado popular: “Não faças aos outros o que não gostas que te façam a ti”.

Neste contexto ganha ainda mais valor o conforto, um conceito importante e de enorme valor para os EEESIP, constituindo um elemento-chave na prestação de cuidados em Pediatria. O conforto é promovido, entre outras coisas, através de intervenções de enfermagem. Confortar é um fator de cuidado e uma competência de cada um de nós, pelo que, compreender as formas e meios de confortar a criança/jovem hospitalizado é de significativa importância. Para tal, cada um de nós tem de entender o verdadeiro significado de conforto, bem como as formas e meios de o proporcionar, para definir intervenções

eficazes e apaziguar os medos de cada criança/jovem. O conforto é a essência dos cuidados humanizados, reportando-se a um simples gesto, a nossa presença, o toque, um sorriso, um concretizar desejos... Esta visão reflete uma abordagem centrada na Pessoa, que destaca a sensibilidade do EEESIP face à singularidade de cada criança/jovem e de cada família. Tenho a plena consciência de que este meu percurso formativo ainda está no seu prólogo, também sei que este itinerário é infindo, dado que a prática de uma enfermagem avançada não se esgota hoje, mas procura ir mais além num aqui e agora que caracteriza cada situação. Quero ainda ressaltar que o facto de ter duas Enfermeiras Tutoras facilitou muito em termos de horário.

Antes de dar por terminado este capítulo quero mencionar que a interrupção a meio de estágio de Pediatria para a Consulta de Desenvolvimento se constituiu, no meu ponto de vista, como uma quebra de um percurso, mas estes constrangimentos também fazem parte da nossa formação, cabendo-nos encará-los com resiliência e vontade de ir mais além.

2 – Estágio de Urgências Pediátricas

O segundo estágio realizado foi em contexto de Serviço de Urgências Pediátricas, com a orientação do Professor Manuel Cordeiro e tutoria de EEESIP, decorrido entre 16 de setembro de 2024, com duração de 6 semanas, no Serviço de Urgências Pediátricas de uma ULS da região Norte do país, com uma carga horária de 120 horas de contacto.

2.1 – Descrição autocrítica e reflexiva

Durante o meu estágio no Serviço de Urgências Pediátricas, fui exposta a várias situações que exigiram conhecimento técnico e competências práticas, bem como sensibilidade, empatia e rapidez na tomada de decisões. Cada caso foi uma oportunidade de aprender e de observar a importância da colaboração entre as equipas de saúde e o impacto das intervenções no bem-estar das crianças/adolescentes e das suas famílias.

Um dos casos que mais me marcou foi o de uma criança de 8 anos com fratura da anca, que chegou ao serviço transportada em uma maca de vácuo (maca de coquille) por uma equipa de bombeiros. A criança estava medicada com morfina, mas continuava a sentir dor sempre que precisava ser mobilizada para ser transferida para outro hospital. A situação exigia que ela fosse colocada numa nova maca de vácuo, uma vez que a equipa de bombeiros era de outra localidade e a transferência de macas implicava a necessidade de mobilização adicional. Assim, para diminuir o sofrimento da criança, a equipa de bombeiros decidiu confiar a sua maca à outra tripulação, minimizando a necessidade de revezamento e a mobilização excessiva. Mediante a situação de sofrimento daquela criança, ofereci-lhe um boneco de pelúcia, um pequeno gesto que se transformou num grande gesto, pois o boneco ajudou-a se acalmar, tendo se relevado uma excelente ferramenta de distração durante a punção. O valor da distração e do conforto psicológico em momentos de dor e de ansiedade foi evidente nesta situação. A presença da mãe foi igualmente fundamental, pois a separação causava uma grande ansiedade na menina. Este caso ilustrou como a presença da família e o uso de técnicas de apoio emocional podem fazer uma diferença significativa na gestão da dor e do medo da criança. A percepção da dor é influenciada por uma combinação de vários fatores emocionais e comportamentais, incluindo a idade, o sexo, o ambiente social, a cultura, a educação e as experiências (Özsoy & Ulus, 2022). As mudanças de penso após a cirurgia, a injeção, e outras intervenções de cuidados de saúde

semelhantes são as principais fontes de medo sentidas pelas crianças hospitalizadas. A dor que resulta destas intervenções processuais é definida como dor processual. O medo e a ansiedade são considerados dois fatores importantes que causam a dor do procedimento. Além disso, experiências negativas de dor durante intervenções processuais podem ter efeitos ao longo da vida nas crianças (Özsoy & Ulus, 2022).

Outro episódio que me fez refletir profundamente sobre a gestão da dor pediátrica foi o de uma criança de 5 anos, que tinha sido submetida a uma intervenção cirúrgica. Quando a criança foi reavaliada pela equipa de cirurgia e os materiais cirúrgicos foram removidos, a intervenção foi realizada sem analgesia precoce, o que causou sofrimento desnecessário. Embora a equipa de enfermagem tenha tentado intervir e alertar os médicos para a necessidade de analgesia, esta não foi prescrita. Este momento fez-me perceber a importância de sensibilizar médicos, especialmente os que não são pediatras, para a gestão adequada da dor em crianças, que é um direito fundamental e essencial para o bem-estar dos pequenos utentes. A gestão da dor pediátrica é um desafio multifacetado que requer uma abordagem abrangente, integrando estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Uma gestão eficaz é crucial, uma vez que as crianças muitas vezes experienciam a dor de forma diferente dos adultos e a sua capacidade de comunicar a dor pode ser limitada. A dor nas crianças é subjetiva e pode ser difícil de avaliar devido às suas capacidades limitadas de comunicação verbal. Ferramentas como a escala de FACES e as escalas de classificação numérica são comumente utilizadas para avaliar os níveis de dor (Obando & Pardal, 2025). Outro aspeto importante é a compreensão do estadio de desenvolvimento da criança, essencial para uma avaliação precisa da dor (Wrona, 2024). A gestão da dor frequentemente envolve uma combinação de analgésicos não opioides, opioides e medicamentos adjuvantes adaptados às necessidades específicas da criança (Davies, 2024; Lebel & Schuster, 2024). As estratégias não farmacológicas, como as técnicas de distração, a musicoterapia e os métodos de relaxamento, demonstram ser eficazes na redução da dor e da ansiedade (Obando & Pardal, 2025). Uma pesquisa indicou que, embora muitos profissionais de saúde reconheçam a eficácia dessas intervenções, ainda persiste algum ceticismo, o que sublinha a necessidade de formação contínua (Maffeo et al., 2024). Em contraste, alguns profissionais podem dar primazia às intervenções farmacológicas devido aos seus efeitos imediatos, potencialmente ignorando os benefícios de uma abordagem holística que inclua métodos não farmacológicos. Esta perspetiva enfatiza a importância de se equilibrar ambas as estratégias para otimizar os resultados da gestão da dor pediátrica (Obando & Pardal, 2025).

Durante o meu estágio no serviço de urgências pediátricas, uma das questões que se destacou foi a aplicação da Norma Clínica, n.º 22/2015 atualizada, 29 de agosto de 2022,

da Direção-geral da Saúde, relacionada com os cateteres venosos periféricos (CVP), especialmente no contexto de transferência intra-hospitalar. A norma estabelece que, quando ocorre uma transferência desta natureza, é necessário remover o CVP, mesmo quando a sua continuidade seria benéfica para o utente. Este procedimento, embora regulamentado pela Norma, levanta uma reflexão sobre a dor e o desconforto causados pela remoção do cateter e pela muito provável necessidade de colocação de um novo. A retirada do cateter, seguida de uma nova inserção, resulta numa nova intervenção que pode provocar dor desnecessária na criança, o que, no contexto da gestão da dor pediátrica, parece ser algo a ser ponderado. No entanto, a Norma persiste, independentemente de tais consequências, o que destaca a importância de equilibrar as normas clínicas com o bem-estar do utente pediátrico.

Durante a época de setembro e outubro, com o início do ano letivo, observou-se um aumento significativo no número de acidentes escolares, especialmente fraturas. Estes casos exigem uma vigilância constante, para além de cuidados especializados, que frequentemente incluem a colheita de urina por algáliação em algumas crianças, especialmente em situações de trauma e intervenção cirúrgica. Após a realização de combur para avaliação de possíveis infeções ou outras condições, foi necessário proceder várias colheitas de urina, exigindo sempre um cuidado especial para minimizar o desconforto da criança.

Um outro caso comum foi o atendimento a crianças com menos de 6 meses de idade, que sofreram quedas. Estes casos exigiram uma vigilância contínua de 24 horas, com a realização de exames complementares de diagnóstico, como tomografia computadorizada (TAC), para descartar possíveis lesões internas. Nestes casos, também foi administrado hidrato de coral para sedação, com o objetivo de proporcionar mais conforto durante o processo de diagnóstico e tratamento.

Observou-se, ainda, a gestão de convulsões febris. Durante este tipo de atendimento, foi necessário realizar ensino aos pais/cuidador principal, alertando-os para os sinais precoces e as melhores práticas para lidar com a situação no domicílio, evitar o pânico e promover competências ano nível da intervenção adequada.

A gastroenterite foi uma das patologias comuns observadas, com a orientação contínua sobre a hidratação e os cuidados alimentares necessários para a recuperação da criança. A presença de vírus respiratórios, incluindo a COVID-19, também foi um desafio significativo, visto que as crianças precisavam de ser isoladas até que o resultado dos testes fosse conhecido. Durante este período de espera, a criança ficava no mesmo espaço que outras, o que representava um risco para os outros utentes pediátricos até que fosse

confirmada a negatividade para o vírus. Casos de estridor respiratório também foram observados e era essencial explicar aos pais os benefícios de um ambiente frio, o que pode ajudar a aliviar os sintomas respiratórios da criança. Em relação às otites e amigdalites, os pais foram instruídos sobre os cuidados em casa e os sinais a serem observados para evitar complicações. Casos de obstipação também exigiram intervenção, com a equipa de enfermagem a ensinar/instruir sobre alimentação rica em fibras e acerca da importância da hidratação para melhorar a digestão e evitar problemas recorrentes.

Um dos projetos inovadores observados durante o estágio foi a implementação do Projeto VIA AZUL, que visa proporcionar um atendimento especializado para crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Este projeto foi vencedor no BEST IDEAS HEALTHCARE e tem como objetivo criar um circuito personalizado de atendimento para crianças com PEA, oferecendo-lhes um ambiente adaptado às suas necessidades sensoriais. As equipas de saúde, capacitadas para lidar com crianças com PEA, oferecem cuidados individualizados e criam um ambiente mais calmo e controlado, evitando a sobrecarga sensorial comum para estas crianças em ambientes hospitalares. Observando a implementação deste projeto, pude perceber os imensos benefícios para as crianças com PEA, que apresentavam menos agitação e reações adversas a estímulos sensoriais. Este circuito personalizado proporcionou-lhes um atendimento mais humanizado, onde as interações sensoriais foram minimizadas, proporcionando um ambiente mais tranquilo e seguro para a criança e a sua família.

Durante o estágio, também tive a oportunidade de participar na triagem de Manchester, um sistema de triagem fundamental para a priorização dos atendimentos em serviços de urgência. Este processo, que exige experiência para ser realizado corretamente, é essencial para garantir que os casos mais graves sejam atendidos com toda a prioridade, minimizando o risco para os utentes. Além disso, a experiência de emergências hipotéticas, utilizadas para testar os tempos de resposta e os procedimentos da equipa, foi uma oportunidade valiosa para refletir sobre a eficiência da resposta de todos os profissionais no atendimento ao utente pediátrico.

Uma das áreas que me chamou particularmente a atenção foi a gestão da dor, especialmente no momento da triagem. A dor é um fator crucial a ser considerado desde que a criança chega ao serviço, pois influencia diretamente a sua experiência e pode afetar o seu estado emocional e físico. A triagem, sendo o primeiro contacto da criança com a equipa de saúde, desempenha um papel fundamental na avaliação e gestão da dor. A forma como a dor é avaliada e tratada logo no início pode ter um impacto significativo na eficácia do tratamento subsequente e no conforto da criança. Durante o meu estágio, percebi a

importância de se garantir que a dor fosse uma prioridade na triagem e como ela deve ser gerida e tratada de forma adequada ao longo de toda a estadia da criança.

Além disso, durante o processo de triagem, é utilizada um sistema de coloração de pulseiras, um método eficaz para priorizar os casos e identificar rapidamente a gravidade das condições. As pulseiras verde, amarela e vermelha são usadas de acordo com a triagem de Manchester, sendo a vermelha para casos de maior urgência, a amarela para casos menos urgentes e a verde para os casos não urgentes. Também existem pulseiras azuis (para reavaliação ortopédica) e rochas (para indicar risco de fuga), sendo que recentemente foi implementada, tal como já referi, a pulseira azul para crianças com PEA, com o objetivo de adaptar o atendimento a essas crianças, minimizando a sobrecarga sensorial e garantindo um ambiente mais tranquilo.

Um dos casos clínicos mais complexos que acompanhei foi o de uma criança com púrpura trombocitopénica imune (PTI), caracterizada por uma contagem baixa de plaquetas, púrpura e episódios hemorrágicos. A PTI sem uma doença subjacente é conhecida como PTI primária. A PTI secundária tem normalmente uma causa externa, incluindo fármacos e outras doenças autoimunes como o lúpus eritematoso sistémico. A maioria das crianças com PTI tem remissão espontânea em poucas semanas ou meses, raramente necessitando de esplenectomia (Pietras et al., 2024). O tratamento da criança foi realizado com imunoglobulinas intravenosas (IVIG), para aumentar as plaquetas e ajudar a controlar a condição. Este caso destacou a importância da monitorização rigorosa da criança, especialmente durante a administração da terapia.

Outro ponto importante durante o estágio foi o funcionamento do botão de emergência, um sistema essencial para garantir a rapidez de resposta da equipa. Quando acionado, este botão alerta todos os membros da equipa, permitindo uma resposta imediata em situações de emergência. Esta ferramenta mostrou-se crucial para otimizar os tempos de resposta e melhorar os cuidados prestados em situações de risco elevado, como paragens cardiorrespiratórias ou outras emergências críticas. Além disso, tive a oportunidade de observar e participar em simulações de emergência hipotéticas, que foram realizadas com os internos do Serviço de Urgências. Essas simulações tinham como objetivo melhorar os tempos de atuação e os procedimentos de resposta dos profissionais de saúde. Durante essas simulações, médicos e enfermeiros foram desafiados a agir rapidamente, coordenando as suas ações para garantir um atendimento eficaz. Após cada simulação, foi realizado um debriefing, onde foram discutidos os pontos fortes da atuação e os aspetos a melhorar, permitindo um contínuo aperfeiçoamento das práticas de emergência no serviço.

Durante o período de estágio, foram observados vários casos de ansiedade. As várias situações foram devidamente documentadas a meu pedido e das minhas orientadoras. Muitas das situações eram reportadas pelas crianças/jovens com sintomas como torcavalgias, taquipneias, mialgias, muitas vezes associadas a episódios de ansiedade aguda com início súbito, particularmente em contexto escolar. A análise destes casos evidenciou não apenas a recorrência deste problema, mas também a necessidade de estratégias eficazes para o seu reconhecimento e abordagem. Apesar de que cada caso tenha sido tratado individualmente, verifiquei que existem desafios, sobretudo na diferenciação de sintomas físicos de origem ansiosa de outras complicações clínicas. Perante esta frequência de episódios, propus a realização de uma ação de formação sobre ansiedade em idade pediátrica em contexto de SU.

Este estágio permitiu-me também perceber a importância de uma organização eficiente do serviço de urgências e de uma boa comunicação entre as equipas, aspetos essenciais para garantir cuidados de qualidade. Além disso, a gestão da dor e o cuidado contínuo com a criança/adolescente e os seus familiares são pontos que se destacam como prioritários, seja na triagem inicial, nas intervenções ou no posterior acompanhamento.

Tendo em conta a especificidade deste local de estágio e consciente que nada está concluído, mas sim em construção, considero que muito ainda tenho de trilhar, pois só a experiência nos concede mais competências práticas e aumenta o nosso pensamento crítico. Os serviços de urgência pediátrica requerem uma equipa de profissionais com um conjunto de competências que se alinhe com as necessidades de cada criança/adolescente e respetiva família e, como tal, os EEESIP nestas equipas são uma mais valia.

O estágio permitiu-me observar de perto os desafios enfrentados no serviço de urgências pediátricas, desde a aplicação de normas clínicas até o atendimento a situações de emergência e o cuidado contínuo com a dor e o conforto das crianças/adolescentes e família. Também foi uma oportunidade para contactar com projetos inovadores, como o Projeto VIA AZUL, que transformam a qualidade do atendimento a crianças com necessidades específicas, promovendo uma abordagem mais inclusiva e adaptada às suas condições. Relativamente à questão ansiedade em idade pediátrica este estágio não só proporcionou uma oportunidade de observação direta deste tema, mas também destacou a importância do aprimoramento das competências dos profissionais de enfermagem na gestão de ansiedade pediátrica no SU. A experiência adquirida durante este período foi, sem dúvida, um marco importante na minha formação, permitindo-me aprimorar as competências práticas e éticas, bem como me permitiu ainda mais refletir sobre a importância da intervenção do EEESIP nesta área. Possibilitou-se aprofundar os meus conhecimentos sobre a importância da triagem e da gestão da dor, bem como perceber a

relevância dos protocolos e ferramentas implementadas para garantir a eficiência no atendimento e a segurança das crianças. A aplicação do sistema de coloração de pulseiras, o uso do botão de emergência e as simulações de situações de emergência foram componentes fundamentais para a minha aprendizagem, permitindo-me compreender a dinâmica da equipa e a importância da comunicação e coordenação em situações de urgência/emergência pediátrica.

Em suma, as experiências que vivi durante este estágio permitiram-me não apenas aprimorar as competências técnicas e práticas, mas também refletir profundamente sobre a importância do cuidado humanizado em Urgências Pediátricas. A interação com as crianças e as suas famílias exige conhecimentos de enfermagem e uma capacidade de empatia, comunicação e adaptação a situações desafiadoras. Estou agora mais consciente da complexidade do trabalho nas urgências pediátricas e dos desafios que surgem diariamente no atendimento a utentes tão vulneráveis, com a certeza de que a minha formação nesta área me preparou para continuar a prestar cuidados que respeitem os direitos das crianças, as suas vontades e, acima de tudo, que maximizem a sua dignidade, como seres humanos que são, um direito inalienável.

3 – Estágio de Enfermagem de Neonatologia

O estágio em Enfermagem de Neonatologia, sob orientação do Professor Manuel Cordeiro e de duas EEESIP, foi realizado no Serviço de Neonatologia de uma ULS da zona Norte de Portugal, com início a 28 Novembro e término a 6 de Dezembro 2024, com carga horária de 120h de contacto.

3.1 – Descrição autocrítica e reflexiva

O estágio em Enfermagem de Neonatologia também representou uma etapa crucial para a minha formação profissional, proporcionando-me a aquisição de competências técnicas, científicas e humanas necessárias para o cuidado de recém-nascidos, especialmente aqueles em situações de risco e complexidade. O ambiente de Neonatologia é caracterizado por desafios específicos, que exigem conhecimentos aprofundados, competências clínicas refinadas e uma abordagem interdisciplinar para a gestão das condições de saúde de seres tão vulneráveis e sua família, sempre em parceria. A filosofia dos Cuidados de Parceria de Anne Casey (Casey, 1993) foi um modelo de prática de enfermagem que enfatizou a colaboração estreita entre enfermeiros e famílias, com o objetivo de fornecer cuidados centrados no paciente pediátrico. Esse modelo de cuidados se mostrou especialmente relevante nas áreas pediátrica e Neonatologia, onde as necessidades de saúde das crianças e de suas famílias exigem uma abordagem integrada e humanizada. Anne Casey (1993) defendia que a criança, juntamente com sua família, deveria ser considerada como membro central da equipe de cuidados. Isso significou que, ao planejar e implementar os cuidados, foi fundamental envolver as famílias na tomada de decisões, ouvindo as suas necessidades, preocupações, expectativas e preferências, com uma visão biopsicossocial e holística.

Durante o estágio, segui também a filosofia dos cuidados de parceria de Anne Casey (1993), com ênfase na colaboração, respeito mútuo e promoção de uma experiência de cuidado mais inclusiva e centrada na família. A adoção desta filosofia resultou em cuidados mais eficazes, humanos e ajustados às necessidades individuais de cada recém-nascido e sua família. A aplicação prática desta filosofia foi de extrema importância, procurando sempre o fortalecimento da relação estabelecida com o recém-nascido e os pais (pai/mãe), com foco na dignidade e autonomia de todos os envolvidos.

Além disso, esteve implícita, como uma prerrogativa enraizada na prática profissional, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. Segundo Watson, o enfermeiro deve envolver-se pessoal, social, moral e até espiritualmente na relação terapêutica, fazendo do cuidar um ideal moral da enfermagem. O objetivo principal dessa teoria baseia-se na proteção, melhoria e preservação da dignidade humana (Watson, 2012). A enfermagem envolve valores, vontades, conhecimentos, ações carinhosas, consequências e compromissos para cuidar. Como Watson (2002) afirmou, “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e a liberdade de escolha” (p. 30-65). Assim, o EEESIP tem como responsabilidade a promoção da saúde e o bem-estar da criança e da família, adaptando suas competências e cuidados de acordo com as estruturas de trabalho, formação, experiências e objetivos (Hockenberry & Wilson, 2019), o que esteve implícito ao longo deste estágio.

Durante o estágio, tive a oportunidade de experienciar uma boa integração na equipa, com uma excelente organização estrutural e funcional. A prática de cuidados foi pautada por uma abordagem colaborativa com várias equipas, sempre com o intuito de manipular o recém-nascido o mínimo possível, respeitando a sua condição e promovendo o seu bem-estar.

Houve diversas oportunidades de aprendizagem, especialmente no cuidado de recém-nascidos com patologias complexas, muitos dos quais necessitaram de intervenções cirúrgicas. Alguns dos casos mais marcantes incluíram:

- Problemas cardíacos: acompanhamento de recém-nascidos com condições cardíacas graves, exigindo monitorização contínua e intervenções específicas.
- Problemas gastrointestinais: como a gastrosquise, que envolveu a colocação de vísceras em silo próprio, seguida de uma intervenção cirúrgica para o encerramento do abdómen, com a minha participação ativa.
- Atresia esofágica: cuidados específicos com o posicionamento do pescoço e cabeça, tanto pré como pós-operatório, para garantir a melhor recuperação.
- Hipotermia induzida por hipoxia severa: monitorização contínua de NIRS (oximetria não invasiva cerebral e renal) e EEG, acompanhando recém-nascidos submetidos a essa condição.
- Hérnia diafragmática à esquerda: cuidados pós-cirúrgicos de grande complexidade.

Para além disso, tive a oportunidade de usar novos sistemas informáticos além do Sclínico, o que ampliou a minha compreensão das ferramentas tecnológicas utilizadas para uma prestação de cuidados de qualidade.

No que diz respeito ao Plano de Vacinação, tive a responsabilidade de desenvolver materiais informativos para pais e profissionais de saúde, como um cartaz sobre o anticorpo IGVSr, baseado nas orientações da DGS (Apêndice I).

A realização do curso FINE 1, ministrado pelas enfermeiras da UCIN do São João, foi extremamente benéfica antes do estágio, pois permitiu que colocasse em prática os conhecimentos adquiridos.

Um dos momentos mais marcantes foi a assistência no parto no bloco de partos, onde, para além dos cuidados imediatos ao recém-nascido, tive a oportunidade de reencontrar uma colega de curso, o que foi curioso e pessoalmente gratificante.

No contexto de aleitamento materno, aprendi a manipular o leite de banco humano, com um sistema rigoroso de validação para garantir que o leite correto fosse administrado ao recém-nascido certo.

A organização na sala de enfermagem também me chamou a atenção, como o quadro de medicação com as respetivas diluições, utilizado por todos os enfermeiros, o que contribuiu para a redução dos riscos de erro. Ao refletir sobre este aspeto, posso destacar vários pontos importantes que impactam diretamente a segurança e a qualidade dos cuidados neonatais. Primeiramente, a utilização de um quadro de medicação com as diluições corretas e padronizadas é uma prática essencial para garantir a administração precisa de medicamentos, o que é crucial em Neonatologia, onde os recém-nascidos são particularmente vulneráveis a erros de medicação devido à sua fragilidade e às pequenas doses exigidas. A implementação de um sistema visível e acessível para todos os enfermeiros permite que haja uma referência rápida e clara, o que minimiza a possibilidade de enganos, principalmente em situações de urgência ou quando há grande volume de medicações a serem administradas. Além disso, o facto de todos os enfermeiros utilizarem o mesmo quadro de medicação contribui para a consistência nos cuidados. A padronização das práticas, especialmente em Neonatologia, promove uma cultura de segurança, onde todos os profissionais estão alinhados nas mesmas diretrizes e procedimentos, também facilita a comunicação entre a equipa, uma vez que todos têm uma referência comum. Outro aspeto importante é a redução do risco de erro humano. Quando as diluições e dosagens estão claramente indicadas e organizadas, é possível diminuir os erros relacionados com os cálculos incorretos ou interpretações erróneas de prescrições. Isto é fundamental em Neonatologia, onde os recém-nascidos podem apresentar variações significativas em

relação às dosagens de medicamentos, dependendo do peso, idade gestacional e condição clínica. A prática também mostra um compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente. Ao implementar sistemas que visam a redução de erros, a unidade demonstra um enfoque preventivo, priorizando o cuidado adequado e a proteção dos recém-nascidos. Como enfermeira, esta experiência reforçou a importância de trabalhar num ambiente organizado, onde cada detalhe contribui para a segurança do doente pediátrico e para a confiança na equipa de enfermagem. Portanto, a organização e a padronização do quadro de medicação não só facilitam o trabalho diário da equipa, mas também são um reflexo de boas práticas que priorizam a segurança do doente pediátrico, minimizando os riscos e aumentando a eficácia dos cuidados prestados.

Uma das situações mais emocionais e desafiadoras que vivenciei durante o estágio foi o acompanhamento de um bebé nascido por fertilização *in vitro* (FIV), cuja mãe, que sofria de problemas cardíacos graves, veio a falecer pouco depois do parto. Este cenário envolveu uma série de desafios não apenas clínicos, mas também emocionais, tanto para a família como para a equipa de enfermagem. Durante esse período, foi possível perceber o delicado equilíbrio entre a alegria pela vida que acabava de chegar e a dor da perda irreparável de uma mãe. A equipa de enfermagem, para além dos cuidados ao recém-nascido, teve um papel fundamental no apoio emocional ao pai, que se viu numa situação extremamente difícil, tendo que lidar com o luto pela perda da sua esposa e a responsabilidade de cuidar de seu filho recém-nascido. Foi um momento em que a empatia, a sensibilidade e a capacidade de escuta ativa se mostraram essenciais. Como membros da equipa de enfermagem, tivemos que oferecer suporte emocional contínuo ao pai, mantendo uma presença acolhedora e prestativa, ao mesmo tempo em que respeitávamos o espaço de luto e as necessidades de privacidade da família. Acompanhámos o pai nas suas dúvidas e medos, assegurando-lhe que o bebé estava a ser bem cuidado e que tinha todas as garantias de segurança quanto ao seu bem-estar. Esta situação também nos desafiou emocionalmente enquanto profissionais. A alegria pelo nascimento de uma nova vida mesclava-se com a tristeza pela perda de uma mãe jovem, o que exigiu de todos nós grande maturidade emocional e profissionalismo. A equipa foi unida no apoio emocional, proporcionando ao pai cuidados clínicos e um alicerce emocional num momento de imensa fragilidade. Essa experiência foi profundamente marcante, pois demonstrou a importância do cuidado integral, que vai além do cuidado clínico. Refletir sobre este momento fez-me perceber o impacto que a equipa de enfermagem pode ter não só no cuidado ao recém-nascido, mas também no apoio emocional às famílias, especialmente em contextos de luto e perda. A capacidade de lidar com esses sentimentos contraditórios – a tristeza pela perda e

a felicidade pela vida – é uma competência essencial para os enfermeiros, especialmente em Neonatologia, onde as famílias enfrentam, muitas vezes, a fragilidade e a incerteza.

Em relação à monitorização, o uso de sistemas de monitorização central facilitou a identificação precoce de situações de emergência. Além disso, tive a oportunidade de acompanhar e auxiliar na ventilação mecânica invasiva e não invasiva (CPAP, alto fluxo) e ventilação de alta frequência oscilatória, o que foi uma novidade para mim, pois esta técnica faz uma vibração contínua, proporcionando suporte respiratório mais delicado e eficaz para os recém-nascidos com problemas respiratórios graves. A experiência foi enriquecedora, ampliando o meu conhecimento e competências em ventilação neonatal e monitorização avançada.

A manipulação de dispositivos, como CEC, CVU e drenos torácicos, foi uma parte essencial da minha aprendizagem, especialmente em situações pós-operatórias. Além disso, participei em procedimentos cirúrgicos, como o encerramento do abdómen de um recém-nascido com gastrosquise, utilizando uma nova técnica de adesivos sem recorrer a pontos cirúrgicos. A gastrosquise é uma anomalia congénita comum em que o intestino médio não retorna à cavidade abdominal, resultando em intestinos expostos, que não são cobertos por uma membrana num recém-nascido. A incidência de gastrosquise tem vindo a aumentar em todo o mundo, resultando numa evolução na gestão médica e cirúrgica da condição (Diyaolu et al., 2021). A gastrosquise pode ser simples ou complicada. Esta última ocorre quando a condição está associada a problemas gastrointestinais, como atresia intestinal, volvo, estenose ou perfuração. Nesses casos, a mortalidade e a morbilidade aumentam significativamente (Diyaolu et al., 2021). O tratamento inicial da gastrosquise requer uma abordagem multimodal e interdisciplinar para garantir o cuidado adequado do recém-nascido, que deve ser tratado numa unidade de cuidados intensivos neonatais, sob a supervisão de uma equipa multidisciplinar. A regulação da temperatura, a hidratação e a proteção do intestino são prioridades essenciais. O tratamento cirúrgico da gastrosquise foca-se na redução do intestino e no fecho do defeito da parede abdominal. Inicialmente, o defeito era fechado primariamente com sutura, no entanto, mais recentemente, a técnica de fecho sem sutura tornou-se prevalente. Esta abordagem, juntamente com o uso de um silo, levou a uma mudança do ambiente do bloco operatório para o leito, dispensando a anestesia geral (Diyaolu et al., 2021).

Durante o estágio, participei na limpeza pós-cirúrgica de um tórax aberto, realizada pela equipa cardíaca, com o objetivo de remover coágulos presentes nos drenos. Esta atividade exigiu precisão e cuidados específicos, visto que o recém-nascido estava em recuperação de uma cirurgia cardíaca. Além disso, tive a oportunidade de acompanhar o cuidado com o balanço hídrico de recém-nascidos, com especial atenção para aqueles com

problemas cardíacos no pós-operatório. A monitorização rigorosa do equilíbrio hídrico é fundamental nesta fase, pois influencia diretamente a recuperação e a estabilidade clínica dos recém-nascidos, especialmente em situações críticas.

Durante o estágio, participei ativamente no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) que constitui um dos programas prioritários de saúde, com rastreamento de infeção por *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemas* (KPC) e por *Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina* (MRSA), através de zaragatoa nasal, todas as semanas, uma prática que considero fundamental para a prevenção de infeções nos recém-nascidos, especialmente numa unidade de cuidados intensivos neonatais, estando, assim, vigente a Norma n.º 18 de 09/12/2014, com atualização em 27/04/2015, da Direção-Geral da Saúde, para prevenção e controlo de colonização e infeção por MRSA. Em Vila Real, esse procedimento é realizado apenas em recém-nascidos provenientes de outros hospitais, o que me fez refletir sobre a importância de estender essa prática a todos os recém-nascidos que chegam ao serviço, independentemente da sua origem. A realização do rastreamento em todos os recém-nascidos permite uma abordagem mais proativa na identificação de potenciais agentes patogénicos, promovendo uma maior segurança para os recém-nascidos internados e reduzindo o risco de disseminação de infeções intra-hospitalares. Além disso, esta prática pode melhorar o controlo de infeções resistentes, como KPC e MRSA, que são desafios importantes no cuidado neonatal. Com base nesta experiência, acredito que a implementação do rastreamento de todos os recém-nascidos que chegam à unidade é um avanço importante na proteção da saúde dos utentes pediátricos e contribui para a excelência do cuidado neonatal, prevenindo complicações e promovendo uma abordagem mais eficaz na gestão de infeções.

Durante o estágio, tive a oportunidade de realizar cuidados a recém-nascidos sob sedoanalgesia, um processo essencial para o alívio da dor e a sedação de recém-nascidos em situações de complexidade, como após cirurgias ou procedimentos invasivos. A manipulação e o posicionamento cuidadoso desses recém-nascidos foram aspetos centrais da minha prática, pois, para além de lhes garantir o conforto e segurança, esses cuidados exigem uma atenção meticulosa para evitar complicações, como o desconforto, o agravamento de lesões ou até a sobrecarga respiratória (Espinosa Fernández et al., 2021). A sedoanalgesia, embora necessária, pode afetar a capacidade do recém-nascido de reagir a estímulos, o que torna fundamental garantir que este seja manipulado de forma suave e que o seu posicionamento favoreça a ventilação e a circulação sanguínea adequadas. Aprendi a importância de estar atenta à monitorização contínua dos sinais vitais, para garantir que os efeitos da sedoanalgesia não comprometessem o estado clínico do recém-

nascido (Espinosa Fernández et al., 2021). Esse processo de cuidado também envolve uma comunicação constante com a equipa, para que a gestão da sedação e analgesia seja ajustado conforme a evolução do quadro clínico do recém-nascido (Espinosa Fernández et al., 2021). Refletindo sobre essa experiência, pude perceber que o cuidado aos recém-nascidos sob sedoanalgesia vai além da técnica, sendo necessário compreender as suas necessidades individuais, considerando a sua fragilidade e o impacto das intervenções sobre o seu desenvolvimento e bem-estar, o que reforçou a importância de uma abordagem cuidadosa, empática e vigilante na gestão destes recém-nascidos, em situações tão delicadas e de grande vulnerabilidade.

As úlceras por pressão são lesões cutâneas que ocorrem quando há pressão constante sobre uma área do corpo, resultando na redução do fluxo sanguíneo e causam lesões nos tecidos. Embora sejam mais comuns em adultos, os recém-nascidos, especialmente os prematuros ou com condições clínicas graves, também estão em risco devido à sua pele delicada e à imaturidade dos sistemas de defesa. A prevenção dessas lesões na Neonatologia envolve práticas específicas que devem ser aplicadas com cuidado, devido à fragilidade dos recém-nascidos, especialmente os prematuros. Assim, também colaborei na prevenção de úlceras por pressão, com técnicas de posicionamento e massagem. O recém-nascido, especialmente os prematuros, deve ser reposicionado regularmente para aliviar a pressão em áreas críticas como a região sacral, calcanhares e atrás das orelhas. Isso é essencial, pois os recém-nascidos prematuros têm menos gordura subcutânea e, portanto, maior risco de desenvolvimento de úlceras. Manter o recém-nascido numa posição que simule a posição fetal, quando possível, ajuda a reduzir a pressão nas partes mais vulneráveis do corpo. Essa posição pode ser alcançada com o uso de almofadas ou outros dispositivos. A título exemplificativo, o uso de almofadas que ajudem a distribuir o peso de forma mais uniforme e reduzir a pressão sobre a pele. Além disso, ao ajustar a altura das camas e incubadoras, pode minimizar-se o risco de compressão sobre determinadas áreas do corpo. A massagem terapêutica no recém-nascido tem múltiplos benefícios, incluindo a melhoria da circulação sanguínea, relaxamento e até mesmo a promoção de vínculo afetivo. Quando feita de maneira correta, a massagem ajuda a prevenção de úlceras por pressão, pois contribui para a melhoria do fluxo sanguíneo nas áreas mais suscetíveis. Verifiquei que a massagem deve ser feita de maneira suave, utilizando movimentos delicados, para evitar qualquer tipo de trauma à pele sensível do recém-nascido. As técnicas podem ser aplicadas nas áreas mais críticas, como as costas, os calcanhares e as nádegas, estimulando a circulação sanguínea. Para além do posicionamento e da massagem, a pele do recém-nascido era constantemente observada e cuidada para evitar o aparecimento de úlceras por pressão, o que requeria uma higiene

adequada, ou seja, a limpeza regular e delicada da pele, sem o uso de produtos agressivos, era essencial para manter a integridade da pele do recém-nascido. Estávamos sempre atentos a quaisquer sinais de lesões precoces, como a aparência de áreas de abrasão ou áreas de desconforto. Prevenir as úlceras por pressão em recém-nascidos exige um cuidado delicado e multifacetado. O posicionamento adequado, a massagem terapêutica e os cuidados com a pele são fundamentais para garantir o bem-estar do recém-nascido e prevenir complicações futuras. Como estagiária, ao aplicar essas técnicas, consegui promover a saúde física do recém-nascido, mas também contribuí para um ambiente mais seguro e acolhedor. A prevenção de úlceras por pressão é uma ação de cuidado contínuo e atento, exigindo paciência, conhecimento técnico e empatia para com os pequenos seres e suas famílias.

Na minha relação terapêutica com os pais, procurei explicar-lhes de forma clara os procedimentos realizados, como as colheitas de sangue, por exemplo. Além disso, procurei sempre reforçar positivamente, valorizando o envolvimento dos pais e incentivando-os a participar ativamente nos cuidados, na amamentação e na prática do método canguru. A comunicação desempenha um papel fundamental na construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a família, sendo essencial apoiar e orientar os familiares de forma transparente e sincera. Para tal, usei uma linguagem acessível e adotei uma postura flexível e personalizada, adaptada às necessidades únicas de cada família. O envolvimento e a parceria que consegui estabelecer com os pais refletiram-se positivamente na construção do vínculo entre a família e o recém-nascido, como preconizado por Casey. Além disso, um dos pontos-chave da minha atuação foi capacitar os pais, proporcionando-lhes orientações e ensinamentos sobre os cuidados específicos, com foco na promoção de uma parentalidade positiva. O objetivo foi transformá-los em parceiros ativos no cuidado ao recém-nascido, fortalecendo a sua autonomia e confiança para que pudessem dar continuidade aos cuidados após a alta para o domicílio.

Segui a filosofia Nidcare, que se tem destacado nas práticas de cuidado em Neonatologia, especialmente ao focar-se na promoção do neurodesenvolvimento dos recém-nascidos, principalmente os prematuros ou os que apresentam algum tipo de risco em sua evolução. O conceito de Nidcare baseia-se na integração de cuidados centrados na família e no recém-nascido, com foco no seu desenvolvimento saudável, principalmente através da interação, toque, e estímulos adequados. Ao seguirmos estes princípios do Nidcare focamos na saúde física do recém-nascido e também no seu desenvolvimento emocional e cognitivo. A promoção do neurodesenvolvimento no início da vida tem um impacto profundo e duradouro e ao adotarmos um cuidado mais humanizado e centrado no recém-nascido e na família pode ser decisivo para o sucesso do seu desenvolvimento. A

prática de cuidados que consideram a complexidade do ser humano, respeitando o seu ritmo e necessidades, é um reflexo de um avanço no modo de pensar e fazer em Neonatologia. Como estagiária, ao incorporar tais princípios transformei profundamente a minha maneira de me relacionar com o recém-nascido e com a família, criando um ambiente mais acolhedor e propício ao desenvolvimento saudável. Essa reflexão levou-me a reforçar ainda mais que o cuidado em Neonatologia não deve ser apenas técnico, mas também afetivo e humanizado, criando as bases para um desenvolvimento neurocognitivo que será fundamental para a vida adulta daquele ser tão pequeno e vulnerável.

A passagem de turno é um momento fundamental em Neonatologia, pois garante a continuidade do cuidado do recém-nascido e a sua segurança. O método ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendação), usado no Serviço de Neonatologia onde decorreu o estágio, é uma ferramenta estruturada que facilita a comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo uma troca clara, objetiva e completa de informações, reduzindo o risco de falhas no cuidado. Na Neonatologia, onde as condições dos recém-nascidos podem alterar rapidamente e as decisões necessitam de ser tomadas de maneira rápida e eficiente, a utilização deste modelo de passagem de turno ajuda a minimizar erros, garantir que todos os aspetos do cuidado sejam cobertos e que o recém-nascido receba a melhor atenção possível. O ISBAR é uma ferramenta essencial para se compreender a importância da comunicação eficaz na saúde ao recém-nascido, para além de ter representado uma prática que facilitou a minha aprendizagem e integração na equipa multidisciplinar. Esta metodologia permitiu-me ser mais proativa, promovendo a troca de informações de forma precisa e organizada, o que é vital para a qualidade do cuidado e para o desenvolvimento de competências de comunicação em ambiente clínico.

De igual modo, colaborei em algalias e entubações nasogástricas ou orogástricas para alimentação de recém-nascido. Trata-se de procedimentos comuns e essenciais no cuidado em Neonatologia, especialmente em recém-nascidos prematuros ou com dificuldades alimentares. Esses procedimentos têm como objetivo garantir a nutrição adequada do recém-nascido, quando a alimentação via oral não é viável, seja por imaturidade, dificuldade respiratória ou por condições médicas específicas. Estas experiências representaram uma aprendizagem técnica e ética, pois exigiram competências práticas e a sensibilidade para lidar com a fragilidade dos recém-nascidos. Além disso, a experiência de vivenciar o cuidado de recém-nascidos com intervenções invasivas alertou-me ainda mais para a importância da humanização. Mesmo em situações técnicas, o olhar cuidadoso, a comunicação clara com a família e a preservação do conforto do recém-nascido foram componentes essenciais para garantir um cuidado holístico, que respeitasse na íntegra os recém-nascidos e família. Posso, assim, afirmar que o estágio em

Neonatologia permitiu-me reforçar que a integração de cuidados técnicos e humanizados resulta em cuidados mais completos e eficazes, proporcionando a melhor experiência possível para o recém-nascido e para a sua família. As experiências foram enriquecedoras e permitiram-me aprimorar as minhas competências técnicas e humanas no cuidado a recém-nascidos, sempre com foco na sua segurança, bem-estar e dignidade e suas famílias.

Ao longo deste estágio em Neonatologia, pude perceber a complexidade e a responsabilidade que envolvem a prestação de cuidados ao recém-nascido, especialmente considerando as particularidades de cada um, principalmente aqueles em situações de risco, como os prematuros ou com complicações neonatais. A assistência ao recém-nascido exige não apenas um profundo conhecimento técnico, mas também uma sensibilidade humana, pois, para além das intervenções médicas, é necessário entender as necessidades emocionais do recém-nascido e da família.

Durante este período, tive a oportunidade de aprimorar as competências que são essenciais para a prática de enfermagem em Neonatologia, desde os cuidados mais técnicos, como a monitorização dos sinais vitais e a administração de medicações, até às interações que envolveram o apoio à família em momentos de vulnerabilidade. Percebi que, para além das competências técnicas, é fundamental proporcionar um cuidado humanizado, garantindo que as famílias se sintam acompanhadas e bem orientadas, o que é um dos pilares da prática do EEESIP.

Esta aprendizagem reforçou a importância de um cuidado multidisciplinar, colaborativo e de alta qualidade, que visa não apenas a recuperação do recém-nascido, mas também o fortalecimento do vínculo com a família e o acolhimento das suas necessidades emocionais. Ao longo desta experiência, percebi que estava mais preparada para enfrentar os desafios da prática em Neonatologia, sempre com foco na melhoria contínua e na prestação de cuidados que assegurassem a saúde e o bem-estar do recém-nascido e da sua família. Este estágio foi fundamental para que eu pudesse alinhar a teoria à prática e avançar para a minha futura prática profissional com confiança, procurando sempre o aprimoramento contínuo e os melhores cuidados possíveis.

Parte II – Trabalho de Investigação

4 – Enquadramento Teórico e Justificação

Os bebés pré-termo têm uma idade gestacional inferior a 37 semanas, com uma taxa de natalidade de 5%-18% (Kelly & Tobias, 2021; Kobus et al., 2021). O nascimento prematuro coloca exigências consideráveis aos bebés pré-termo e às suas famílias. A maioria destes bebés é tratada numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) imediatamente após o nascimento, o que provoca stresse psicossocial nos pais e dificulta a construção de uma ligação estável entre pais e filhos (Kobus et al., 2021). Devido a reservas nutricionais intrauterinas limitadas, os bebés pré-termo, particularmente os hospitalizados na UCIN, têm dificuldade em adaptar-se ao ambiente exterior (Ryckman et al., 2017). Estes estão expostos a numerosos stressores, incluindo sons de alta intensidade de equipamento médico, luz brilhante constante, procedimentos iterativos dolorosos, separação materna e outros fatores de stresse (Givrad et al., 2021; Vitale et al., 2021). Como resultado de estímulos relativamente excessivos, os bebés pré-termo são suscetíveis a condições adversas, como a bradicardia ou a taquicardia, a apneia, a hipoxemia, as alterações na saturação de oxigénio e o aumento do consumo de oxigénio. Estes fatores podem potencialmente diminuir o número de calorias disponíveis para o crescimento (Almadhoob & Ohlsson, 2020; Zhao et al., 2022). Assim, são urgentemente necessárias intervenções eficazes e proativas para prevenir os efeitos negativos dos fatores de stresse, acima mencionados, nos bebés pré-termo.

Um conjunto crescente de evidências revela que o ruído branco pode desviar a atenção dos bebés prematuros dos estímulos dolorosos porque bloqueia o ruído desagradável e irregular gerado pelo ambiente externo, reduzindo, assim, significativamente a intensidade da dor (Lu et al., 2019-2020). Além disso, os benefícios esperados do ruído branco para bebés prematuros incluem uma frequência cardíaca estável, melhoria da frequência respiratória, saturação de oxigénio, pacificação, relaxamento e promoção do crescimento (Kucukoglu et al., 2016).

Importa referir que o ruído branco consiste num som consistente e suave que contém todas as frequências do som audível ao ouvido humano, tendo como benefícios ajudar a adormecer, reduzir o choro de bebés, permitir um sono mais tranquilo e duradouro ou melhorar o desempenho no trabalho, por exemplo, isso porque o ruído branco abafa qualquer outro som que possa perturbar o sono, a atenção e a concentração, como ruídos pela casa ou barulhos vindos de fora (Kahraman et al., 2020). No seu estudo, os mesmos autores investigaram os efeitos de três intervenções auditivas; ruído branco, voz materna gravada e MiniMuffs, aplicados durante a aplicação de uma punção no calcanhar, na dor e

no conforto de bebés prematuros em UCIN. Tratou-se de uma investigação experimental, paralela, aleatória e controlada, realizada numa UCIN de nível terciário de um hospital estatal da Turquia. A amostra era constituída por 64 bebés prematuros com idades gestacionais de 31-36 semanas. Os recém-nascidos foram distribuídos aleatoriamente por quatro grupos: i) ruído branco, ii) gravação da voz da mãe, iii) MiniMuffs e iv) controlo. A dor e o conforto dos recém-nascidos foram avaliados de acordo com a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) e a escala COMFORTneo. Foram também avaliados a saturação de oxigénio, a frequência cardíaca e o tempo de choro. Os resultados indicam que a média dos níveis de saturação de oxigénio no grupo do ruído branco, da voz materna gravada e dos MiniMuffs foi superior à do grupo de controlo. A frequência cardíaca, o tempo de choro, a pontuação média do NIPS e a pontuação COMFORTneo dos recém-nascidos prematuros nos grupos do ruído branco, da voz materna gravada e dos MiniMuffs foram significativamente inferiores aos do grupo de controlo ($p < 0.001$). Os autores concluíram que as intervenções auditivas utilizadas durante a punção do calcanhar reduzem a dor e aumentam o conforto dos bebés prematuros. O ruído branco é extremamente eficaz na prevenção da dor destes bebés em UCIN (Kahraman et al., 2020).

Os bebés prematuros são submetidos a vários procedimentos invasivos e dolorosos durante a sua estadia na UCIN, sendo o procedimento invasivo mais comum e doloroso a punção do calcanhar (Jinhua et al., 2021). Os procedimentos dolorosos podem levar a problemas fisiológicos e comportamentais a longo prazo em bebés prematuros. No entanto, as intervenções não farmacológicas que reduzem a dor e o stresse nestes bebés podem prevenir estes problemas, sendo uma delas o ruído branco (Jinhua et al., 2021).

Na perspetiva acima mencionada, em comparação com a exposição auditiva desagradável na UCIN, o ruído branco é um estímulo auditivo benéfico e um redutor de stresse em prematuros, cujos efeitos se traduzem na diminuição do nível de dor, ganho de peso e sinais vitais (incluindo saturação de oxigénio, frequência cardíaca e frequência respiratória), resultando numa maximização do conforto (Kahraman et al., 2020; Liao et al., 2021).

A defesa da necessidade de conforto dos doentes foi fundamental para as origens das organizações de cuidados centrados na pessoa, como o Picker Institute (2017). No sumário executivo do relatório de referência do Instituto de Medicina To Err is Human afirma-se que “não é aceitável que os doentes sejam prejudicados pelo sistema de cuidados de saúde que é suposto oferecer cura e conforto” (Committee on Quality of Health Care, 2000, p. 3). A citação de Hipócrates “Curar, às vezes, aliviar muitas vezes, confortar sempre” é familiar para muitos profissionais de saúde.

O *National Institute for Health and Care Excellence Patient Experience Guideline* de 2012 identificou o “conforto” como um dos sete resultados de uma boa experiência do doente. Informado pelo trabalho de Gerteis e colaboradores (1993), a promoção do conforto físico tornou-se um aspeto central das estruturas de cuidados centrados na pessoa (Kolcaba, 2003). O conforto é também considerado holístico e multidimensional, associado a conceitos que são características de uma sociedade solidária e humana, como a dignidade, a empatia, a bondade e a compaixão (Kolcaba, 2003). Esta noção de conforto enquadra-se na evidência fornecida pelos doentes e familiares durante o Inquérito de Mid-Staffordshire, em 2010, em que os bons e maus cuidados foram descritos em termos de conforto, desconforto, conforto ou sensação de desconforto. Como tal, o conforto, ou a falta dele, é um aspeto determinante das experiências dos doentes, no caso específico do recém-nascido e família em UCIN, é uma indicação da qualidade e segurança globais dos cuidados. Um serviço que não preste cuidados de elevada qualidade que incluam a promoção do conforto, ou que não reconheça o sofrimento evitável como uma fonte de danos, significa que as pessoas cuidadas e as suas famílias foram desiludidas por aqueles que deveriam cuidar deles (Dixon-Woods et al., 2014; Allen et al., 2016; Pinto et al., 2017). De um modo geral, a redução da variabilidade injustificada nos cuidados importantes para o conforto é um aspeto crucial dos cuidados de qualidade centrados na Pessoa nos contextos de cuidados de saúde contemporâneos, ganhando muita expressividade em ambiente de UCIN. Neste sentido, levantam-se as seguintes questões: O que é o conforto? Que cuidados são importantes para os doentes/família?

O conforto é um objetivo primário da pessoa cuidada e família e fundamental para a sua experiência, no caso concreto na UCIN, pelo que maximizar o conforto é um objetivo universal dos cuidados de saúde. No entanto, o conforto é um conceito complexo, difícil de operacionalizar e avaliar, o que resulta numa falta de práticas científicas e normalizadas de cuidados de conforto. A Teoria do Conforto desenvolvida por Kolcaba tem sido a mais conhecida pela sua sistematização e projeção e a maioria das publicações globais relativas aos cuidados de conforto basearam-se nesta teoria. Para desenvolver orientações internacionais sobre cuidados de conforto informados pela teoria, é necessária uma melhor compreensão das provas sobre os efeitos das intervenções orientadas pela Teoria do Conforto (Blinderman & Billings, 2015).

No entanto, o conforto é um conceito complexo, difícil de definir, operacionalizar e avaliar. A experiência de conforto é transitória e multidimensional e engloba mais do que a ausência de dor (Wensley et al., 2020). É um conceito dinâmico, variável e individualizado, com propriedades inerentes de mudança ao longo de um período de tempo, por exemplo, um período de 20 minutos (Wensley et al., 2020). A literatura mostra que o conforto é

utilizado de diferentes formas, como um substantivo, um verbo, um adjetivo e também como um estado, um processo e um resultado (Pinto et al., 2017). Ainda hoje continuam a ser desenvolvidos estudos sobre a análise do conceito. Sem uma definição unificada, a sua medição é um problema que resulta na dificuldade em avaliar as necessidades de conforto e numa limitação aos estudos que testam a eficácia e a efetividade das intervenções de conforto (Lin et al., 2023).

O conforto não foi totalmente conceptualizado e operacionalizado até Katherine Kolcaba ter desenvolvido a Teoria do Conforto (Kolcaba, 1991, 1994, 2003). A Teoria do Conforto é uma teoria de médio alcance desenvolvida no contexto dos cuidados aos idosos, cuidados domiciliários e cuidados de longa duração nos EUA. Entre os diferentes teóricos, a Teoria do Conforto de Kolcaba é a mais conhecida pela sua sistematização e projeção e a maioria das publicações relativas ao conforto basearam-se na sua teoria do conforto.

Como já referido anteriormente, nas UCIN, os recém-nascidos pré-termo podem ser expostos a eventos stressantes, tais como procedimentos clínicos dolorosos. Este stresse pode sobrecarregar os recém-nascidos e resultar em instabilidade autonómica, levando a alterações cardíacas e respiratórias adversas e a níveis reduzidos de saturação de oxigénio. Por exemplo, a dor pode levar a alterações significativas na dinâmica cardíaca e à perda de complexidade das flutuações da frequência cardíaca. Estas alterações incluem a organização fractal alterada da variabilidade da frequência cardíaca que se assemelha a algumas condições de risco de vida (Firmino et al., 2022). O stresse tem sido associado a efeitos potencialmente duradouros na organização cerebral dos recém-nascidos e nas respostas neuroendócrinas ao stresse. Além disso, estudos atuais relatam alterações epigenéticas em recém-nascidos pré-termo expostos a níveis elevados de stresse durante o período neonatal. O stresse pode também predispor os recém-nascidos pré-termo a perturbações do sono causadas por interrupções frequentes ou ruído (Firmino et al., 2022; Maleki et al., 2022).

Neste âmbito, e tendo em conta que são escassas as evidências a nível nacional que relatem os efeitos do ruído branco em bebés prematuros na UCIN, como medida não farmacológica promotora de conforto, bem como o facto de se assumir um compromisso com a excelência em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que está intimamente relacionado com o desenvolvimento profissional contínuo, tão crucial para a aprendizagem/formação dos enfermeiros, optou-se por elaborar um trabalho investigativo, a integrar o Relatório Final, subordinado ao tema em epígrafe, como um meio por excelência de se poder consubstanciar a prática profissional baseada em evidências científicas. Acresce que este desenvolvimento é vital para preservar conhecimentos e competências atualizados, fundamentais na área da Saúde Infantil e Pediátrica, particularmente, em

constante evolução. As evidências do estudo de investigação serão, assim, uma mais valia quer para a promoção de mais conforto ao recém-nascido prematuro em UCIN, para a família, quer para uma maior visibilidade da profissão de Enfermagem, que se pauta pelo holismo e ações humanizantes.

A área da formação profissional e de investigação tem particular relevância uma vez que permite reforçar a capacidade de resposta da Enfermagem para novos desafios, dotando os profissionais de competências e conhecimentos e possibilitando um exercício profissional de excelência e de realização pessoal (Regulamento nº 656/2021, de 16 de julho, 2021).

Verificando-se, assim, uma carência investigativa na área, nomeadamente em Portugal, pretende-se com este trabalho acrescentar informação válida no que respeita a esta operacionalidade os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto.

Neste pressuposto, objetiva-se, com recurso a um estudo qualitativo, compreender se os enfermeiros que exercem em UCIN têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto.

5 – Metodologia

Este estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica-hermenêutica, foi concebido para compreender as experiências e os significados atribuídos pelos enfermeiros que trabalham em duas UCIN em relação ao conhecimento sobre os efeitos do ruído branco em bebês prematuros. O foco principal do estudo é explorar o uso do ruído branco como uma medida não farmacológica para promover o conforto dos recém-nascidos prematuros, bem como compreender as necessidades formativas dos enfermeiros nesse contexto. Para tal, seguimos os seis critérios propostos por Max Van Manen (1997) para orientar a pesquisa fenomenológica e hermenêutica, de modo a garantir uma interpretação aprofundada e rigorosa das experiências vividas.

1. A Vivência ou Experiência: o primeiro critério de Van Manen refere-se à experiência vivida pelos participantes, neste caso, os enfermeiros da UCIN. A experiência central a ser explorada é o conhecimento e a prática dos enfermeiros no que diz respeito aos efeitos do ruído branco em bebês prematuros. Procurámos entender como os enfermeiros vivenciam o uso desta técnica e o significado que atribuem ao ruído branco como um recurso não farmacológico para promover o conforto dos bebês. A pesquisa visa conhecer as experiências subjetivas desses profissionais, identificando as percepções e as práticas associadas a essa abordagem;
2. A Reflexão Interpretativa (Hermenêutica): a análise hermenêutica assume um papel crucial na interpretação dos relatos dos enfermeiros. Este critério envolve uma reflexão interpretativa das experiências dos participantes, com o objetivo de compreender os significados subjacentes ao uso do ruído branco. Através das narrativas dos enfermeiros, o estudo irá interpretar as percepções acerca dos efeitos do ruído branco, tendo em consideração o contexto institucional e as práticas clínicas observadas nas UCIN. A hermenêutica permite identificar não só os significados explícitos, mas também os mais subtis, ligando as experiências individuais aos processos sociais, culturais e profissionais que influenciam a prática;
3. O Método de Pesquisa (Texto Descritivo): para acedermos de forma aprofundada às experiências dos enfermeiros, o estudo seguiu uma metodologia qualitativa, com entrevistas semiestruturadas, que possibilitaram um diálogo aberto e uma exploração detalhada das experiências vividas pelos participantes. A recolha de dados foi centrada nas percepções dos enfermeiros sobre o ruído branco, as medidas não farmacológicas de conforto e as suas necessidades formativas. Este método permite descrever as práticas observadas, os conhecimentos existentes e as lacunas

formativas identificadas pelos enfermeiros, contribuindo para uma análise mais profunda da sua realidade quotidiana;

4. Fenómeno Contextual: este estudo teve em consideração o contexto específico da UCIN, onde as práticas dos enfermeiros estão inseridas num ambiente altamente técnico e emocionalmente exigente. As experiências dos enfermeiros são influenciadas por diversos fatores, como a dinâmica da equipa, os recursos disponíveis, as orientações institucionais e as condições de saúde dos bebés. O ruído branco, enquanto técnica não farmacológica, deve ser analisado neste contexto, considerando não apenas os conhecimentos teóricos dos enfermeiros, mas também a forma como eles implementam essas práticas no cuidado diário dos bebés prematuros;
5. Estética da Pesquisa; o critério da estética da pesquisa implica uma apresentação que vá além da simples descrição dos dados, procurando transmitir a essência das experiências dos enfermeiros e a profundidade dos significados atribuídos ao ruído branco. A escrita do estudo visa respeitar as experiências individuais e coletivas dos enfermeiros, procurando captar a riqueza e a complexidade das suas perceções. A utilização de citações diretas e uma linguagem sensível e envolvente são fundamentais para dar voz aos participantes e assegurar que os seus relatos sejam transmitidos de forma autêntica;
6. A Compreensão e a Transformação do Conhecimento: por último, o estudo procura não apenas compreender, mas também transformar o conhecimento acerca do uso do ruído branco nas UCIN. A partir da interpretação das experiências dos enfermeiros, o estudo pretende identificar as melhores práticas e as lacunas formativas relacionadas ao uso do ruído branco como medida de conforto para os bebés prematuros. Através dessa compreensão, espera-se proporcionar informações valiosas para a formação contínua dos enfermeiros e para a melhoria das práticas clínicas nas UCIN, promovendo, assim, um cuidado mais humanizado e eficaz para os recém-nascidos (Van Manen, 1997).

5.1 - Objetivos do estudo

O estudo tem como objetivo principal compreender se os enfermeiros das UCIN têm conhecimento sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, enquanto uma estratégia não farmacológica de promoção de conforto. Para atingir esse objetivo, o estudo define dois objetivos específicos:

- ⊕ Determinar as medidas não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros para promover conforto em bebês prematuros nas UCIN, com um foco particular nas técnicas que os enfermeiros utilizam, sendo o ruído branco uma das práticas avaliadas.
- ⊕ Conhecer as necessidades formativas dos enfermeiros sobre os efeitos do ruído branco em bebês prematuros. Este objetivo visa identificar as lacunas de conhecimento dos enfermeiros e as áreas em que é necessária formação adicional para a promoção do conforto neonatal.

Em síntese, a utilização da abordagem fenomenológica-hermenêutica e os critérios de Van Manen (1997) permitem uma compreensão profunda das experiências dos enfermeiros, suas práticas e necessidades formativas em relação ao uso do ruído branco nas UCIN. Este estudo não só contribui para o conhecimento científico, mas também oferece uma base para a melhoria das práticas e da formação profissional, promovendo o conforto e o bem-estar dos bebês prematuros.

5.2 - Participantes

O presente estudo qualitativo tem como foco os enfermeiros que exercem funções na e duas UCINs da região Norte do país. Para a escolha dos participantes, foi utilizada a técnica de amostragem de conveniência (Coutinho, 2021). Esta abordagem permitiu selecionar os enfermeiros disponíveis e dispostos a participar no estudo, de acordo com critérios previamente estabelecidos, respeitando as características e o contexto do local de estudo. A amostragem de conveniência é uma técnica eficaz para a inclusão de participantes com experiência prática relevante, garantindo que os dados recolhidos sejam representativos das vivências diárias destes profissionais em UCIN. Os critérios de inclusão seguidos foram exercer funções em UCIN; disponibilidade em participar no estudo voluntariamente, após consentimento informando.

5.3 - Colheita dos dados

As entrevistas foram conduzidas de forma presencial, utilizando um guião de entrevista fenomenológica, elaborado para o efeito (Apêndice II). O processo de entrevista teve início com a apresentação da investigadora e do estudo, seguido pela assinatura do consentimento informado por parte dos participantes (Apêndice III), em duplicado. A seguir, foi realizada uma breve recolha de informações. Durante a realização de cada entrevista, foi fundamental garantir a legitimidade do processo e assegurar a confidencialidade das

informações fornecidas pelos entrevistados. Para tal, esclareci os entrevistados sobre a temática abordada na entrevista, de forma clara e objetiva; apresentei os objetivos da entrevista, solicitando a colaboração do(a) entrevistado(a) e garantir que as informações partilhadas seriam tratadas de forma confidencial e utilizadas exclusivamente no âmbito desta investigação. A entrevista incluiu uma caracterização dos participantes do ponto de vista sociodemográfico e profissional. A seguir, pretendeu-se compreender os conhecimentos dos enfermeiros sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, enquanto medida não farmacológica de promoção de conforto. Por fim, para proceder ao encerramento da entrevista, solicitei ao(a) entrevistado(a) para partilhar outros aspetos que tivesse vivenciado e que considerasse relevantes, mas que ainda não tivesse sido abordados durante a entrevista. A mesma terminou com o agradecimento da participação do(a) entrevistado(a), reconhecendo a sua colaboração e contributo para o estudo.

A abordagem utilizada foi a entrevista semiestruturada, que combina questões previamente estruturadas com uma exploração mais livre e não estruturada. Este método é particularmente útil quando já se tem algum conhecimento sobre o tema, mas pretende-se permitir que os entrevistados revelem novas questões ou perspetivas. As entrevistas semiestruturadas são ideais para lidar com questões complexas, como a presente investigação, pois possibilitam fazer perguntas espontâneas para explorar e aprofundar a compreensão do fenómeno em estudo, para além de clarificar as respostas dadas (Pin, 2023). A recolha de dados foi realizada de forma presencial e gravadas em suporte áudio. Este processo decorreu entre Janeiro de 2025 e Fevereiro 2025.

5.4 - Análise dos dados

Para a análise dos dados das entrevistas fez-se a análise de conteúdo, tal como desenvolvida por Bardin (2016), uma vez que consiste numa ferramenta metodológica robusta e amplamente reconhecida em investigações qualitativas em várias áreas do conhecimento. Uma das características mais comuns da análise de conteúdo consiste em “explorar os sentidos e os significados atribuídos pelos sujeitos em relação ao objeto de estudo” (Bardin, 2016, p. 47). Uma vez que se trata de “manifestações, expressões subjetivas tornam o processo de análise um exercício que exige que o pesquisador se afaste de suas crenças e convicções e que se detenha na interpretação dos dados, contextualizando-os com o referencial teórico” (Bardin, 2016, p. 47). Por sua vez, Valle e Ferreira (2025, p. 3) sustentam que “o Potencial da Análise de Conteúdo Qualitativa para a Pesquisa Educacional Empírica” reside na sua aplicação em pesquisas “empíricas para analisar fenómenos complexos e multifacetados, utilizando tanto abordagens indutivas

quanto dedutivas para desenvolver categorias e códigos analíticos”. A análise de conteúdo vai além da simples contagem de palavras ou da extração de elementos objetivos dos textos, procurando explorar os significados, temas e padrões, manifestos e latentes, presentes em determinado discurso ou texto (Valle & Ferreira, 2025). Seguindo os objetivos previamente estabelecidos, a análise foi precedida pela transcrição e leitura cuidadosa de todas as entrevistas. Nos resultados apresentados, as cifras nas tabelas correspondem ao número de unidades de registo (UR) identificadas, ou seja, à frequência com que uma determinada ideia foi expressa pelas entrevistadas. O “n” refere-se ao número de participantes envolvidos no estudo.

5.5 - Procedimentos formais e éticos

Estudo com parecer favorável das Comissões de Ética das ULS onde decorreu o estudo, a ULS de Trás os montes e Alto Douro e a ULS São João, após breves esclarecimentos, com as referências N.º CES7590(Anexos I) e N.º 06-25 (Anexos II). Para cada entrevista, foi sempre agendada a data entre a investigadora e os participantes, após consentimento informado por parte dos mesmos, tendo sido as mesmas gravadas em suporte áudio. Foram assegurados o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, dado que a equipa de investigação consagrou, como obrigação, o dever do sigilo profissional. Por conseguinte, para garantir a anonimização e confidencialidade dos dados recolhidos, foi sempre mantido o anonimato de todos os participantes, sem registo de quaisquer dados de identificação pessoal; foi também atribuído um código a cada participante, com codificação de toda a informação, sem qualquer contingência de identificação. Os dados foram armazenados em computador pessoal com código secreto de alta segurança, sendo destruídos um ano após a conclusão do estudo.

6. Resultados

Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e profissional dos oito participantes do estudo, todos enfermeiros com prática na área de Neonatologia.

O grupo de participantes é composto exclusivamente por enfermeiras, com idades compreendidas entre os 29 e os 48 anos, correspondendo a uma média de idade de $39,8 \pm 5,8$ anos. Em termos de formação académica, todas possuem licenciatura em Enfermagem, sendo que algumas detêm formação pós-graduada, incluindo especializações e mestrado. A experiência profissional varia entre 4 e 25 anos de serviço em Enfermagem, com um tempo médio de $16,1 \pm 6,7$ anos. No que respeita à experiência na área da neonatologia, esta situa-se entre 2 anos e 10 meses e 25 anos, com uma média de $10,1 \pm 7,7$ anos.

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Participantes	Idade	Sexo	Formação	Tempo de Serviço	Tempo na Neonatologia
N=10	M= $39,8 \pm 5,8$ anos	Feminino	Mestrado Licenciatura em Enfermagem Especialista em Saúde Infantil e Pediatria	M= $16,1 \pm 6,7$ anos	M= $10,1 \pm 7,7$ anos

Causas de maior desconforto (stresse) nos RN na UCIN e estratégias para o minimizar

Na UCIN, diversos fatores contribuem para o desconforto e stresse dos recém-nascidos, sendo que estes fatores podem ser minimizados através de estratégias específicas. Entre as causas mais comuns de desconforto, destaca-se o excesso de ruídos no ambiente hospitalar. Barulhos de alarmes, tons de voz e outros sons podem causar grande stresse nos recém-nascidos, que são muito sensíveis a estímulos auditivos. Além disso, a manipulação excessiva dos recém-nascidos, realizada sem as devidas medidas de contenção e conforto, agrava ainda mais o desconforto, tornando-se uma fonte de stresse adicional.

Outro fator relevante é a realização de procedimentos dolorosos e invasivos, como a colocação de cateteres e a aspiração de secreções, que, além de dolorosos, podem causar grande sofrimento aos recém-nascidos. A falta de contenção também é uma causa significativa de desconforto, pois os que não são devidamente contidos sentem-se mais

vulneráveis e desconfortáveis. A estimulação inadequada, como os procedimentos inesperados ou mal executados, também contribui para o aumento do stresse nos recém-nascidos.

Para minimizar esses fatores de desconforto, várias estratégias são adotadas pelas entrevistadas. A redução de ruídos é uma das medidas mais eficazes para aliviar o stresse, sendo importante diminuir o volume dos alarmes e controlar o nível de sons no ambiente. A contenção adequada dos recém-nascidos, com recurso a técnicas que proporcionam segurança e conforto é igualmente essencial, porquanto ajuda a reduzir a sensação de vulnerabilidade e desconforto.

Além disso, o planeamento dos cuidados é uma estratégia importante, pois ao agrupar e realizar os cuidados de forma coordenada e eficiente, evita-se a necessidade de manipulações repetitivas, minimizando o stresse. Outra abordagem é o uso de sacarose, para aliviar o desconforto causado por procedimentos invasivos, proporcionando alívio imediato ao bebé. O posicionamento adequado também desempenha um papel crucial na redução do stresse, ou seja, garantir que o recém-nascido esteja numa posição confortável e segura ajuda a melhorar seu bem-estar físico e emocional.

Manter o ambiente controlado é uma outra estratégia importante, onde a luz excessiva é evitada e o ambiente é mantido mais escuro, minimizando os estímulos que possam sobrecarregar os sentidos do bebé. Por fim, as entrevistadas referiram o envolvimento dos pais na rotina de cuidados, considerando que tem um impacto significativo no conforto emocional e psicológico dos recém-nascidos, criando um ambiente mais acolhedor e seguro, essencial para o seu desenvolvimento. Dessa forma, as medidas adotadas pelas enfermeiras para minimizar o desconforto e o stresse nos recém-nascidos na UCIN são fundamentais para garantir um ambiente mais saudável e confortável, promovendo o bem-estar físico e emocional dos mesmos.

Tabela 2. Causas de maior desconforto (stresse) nos RN na UCIN e estratégias para o minimizar

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Fatores de desconforto e stresse	Ruídos elevados	Barulhos de alarmes, tons de voz e outros sons E1 <i>Os ruídos, manipulação sem medidas de contenção ou sem medidas de promoção de conforto e procedimentos dolorosos.</i> E4 <i>O ruído elevado (...).</i> E6 <i>O ruído elevado (...).</i>
	Manipulação excessiva	Manipulações feitas sem medidas adequadas de contenção e conforto, aumentando o desconforto. E2 <i>Excesso de barulho e manipulações. O que tentamos fazer é manter as unidades mais escuras possível para proteger o bebé da luz e também planejar os cuidados de forma coordenada.</i> E4 <i>(...) as manipulações e os procedimentos.</i> E6 <i>(...) as manipulações (...)</i>
	Procedimentos dolorosos e invasivos	Exames como a colocação de cateteres e aspiração de secreções. E3 <i>A manipulação fora dos cuidados. Tentamos que a manipulação seja feita cada vez que vamos cuidar do bebé, ou seja que seja feito ao mesmo tempo.</i> E4 <i>(...) os procedimentos</i> E5 <i>O que causa mais desconforto é a aspiração de secreções</i>
	Falta de contenção	Recém-nascidos que não estão adequadamente contidos.
	Estimulação inadequada	Procedimentos inadequados.
Estratégias para minimizar desconforto	Redução de ruídos	Eliminação ou diminuição de ruídos indesejados, como alarmes e sons de fundo. E6 <i>O que se faz para minimizar é eliminar o ruído que possa ser eliminado (...)</i>
	Contenção adequada	Uso de contenção física para proporcionar conforto e segurança ao recém-nascido. E5 <i>(...) o que faço para minimizar esse desconforto é contenção e posicionamento.</i> E6 <i>O que se faz para minimizar é (...) contê-los, contenção é super importante.</i>
	Planeamento dos cuidados	Coordenação dos cuidados de forma a realizá-los ao mesmo tempo para reduzir manipulações repetitivas.
	Uso de sacarose	Administração de sacarose para aliviar o desconforto durante procedimentos. E4 <i>O ruído elevado, as manipulações e os procedimentos. O que se faz para minimizar é eliminar o ruído que possa ser eliminado, contê-los, contenção é super importante e administrar sacarose.</i> E6 <i>O que se faz para minimizar (...) administrar sacarose.</i>
	Posicionamento adequado	Colocação do recém-nascido em posições adequadas para garantir conforto físico e reduzir stresse.
	Ambiente controlado	Manutenção de um ambiente mais escuro, evitando luz excessiva direta sobre o recém-nascido.
	Envolvimento dos pais	Participação ativa dos pais, proporcionando conforto emocional e psicológico ao recém-nascido.

Medidas não farmacológicas mais promotoras de conforto ao RN

A análise das entrevistas permitiu identificar diversas medidas não farmacológicas que os enfermeiros consideram mais eficazes na promoção do conforto dos RN internados em UCIN. Conforme ilustrado na Tabela 3, destaca-se, em primeiro lugar, a presença e participação ativa dos pais como um dos fatores mais relevantes, sendo salientado pelo E1 que a simples presença e envolvimento dos progenitores contribui significativamente para o

bem-estar do RN. Os objetos com cheiro dos pais e a música familiar foram igualmente apontados como estratégias importantes para o conforto dos RN. O entrevistado E1 referiu a utilização de objetos impregnados com o cheiro familiar e músicas habituais, enquanto o entrevistado E7 reforçou a eficácia do uso de bonequinhos com sons familiares como forma de promover a tranquilidade do bebê. O posicionamento adequado e a técnica de *swaddling* surgem também como medidas essenciais para a promoção do conforto, tal como evidenciado pelos E2 e E7, que destacaram estas práticas como promotoras de estabilidade clínica e comportamental. Foi sublinhado por E5 o ninho adequado, como elemento fundamental na promoção do bem-estar, ou seja, enquanto estrutura de suporte que favorece a posição fisiológica e o conforto térmico do RN,

A contenção física, enquanto técnica de suporte e contenção dos movimentos do RN, foi amplamente referida como medida de conforto, nomeadamente pelos E5 e E6. Esta prática permite reduzir o stresse e proporciona segurança ao bebê durante a sua permanência na unidade.

Assim, as medidas identificadas refletem não só práticas baseadas na evidência científica, como também enfatizam a importância da humanização dos cuidados prestados ao recém-nascido em ambiente hospitalar, vindo corroborar o anteriormente relatado pelos enfermeiros entrevistados.

Tabela 3. Medidas não farmacológicas mais promotoras de conforto ao RN

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Medidas não farmacológicas mais promotoras de conforto ao RN	Presença e participação dos pais	E1 (...) presença dos pais (...) <i>Participação ativa dos pais.</i>
	Objetos com cheiro dos pais	E1 (...) objetos com cheiro dos pais, <i>música familiar.</i>
	Música familiar	E1 (...) , música familiar. E7 (...) uso de bonequinhos com sons familiares.
	Posicionamento e swaddling	E2 Posicionamento, <i>swaddling (...)</i> . E5 (...) ninho adequado. E8 Posicionamento (...).
	Contenção	E5 Contenção (...). E6 Contenção (...).

Conhecimento do ruído branco como medida não farmacológica

A análise dos dados relativos ao conhecimento do ruído branco como medida não farmacológica evidencia que alguns enfermeiros participantes demonstram algum grau de familiaridade com esta prática, ainda que com diferentes níveis de aprofundamento.

Conforme descrito na Tabela 4, verificou-se que alguns entrevistados apresentaram um conhecimento explícito do ruído branco enquanto intervenção de promoção de conforto nos RN prematuros. O E4 afirmou de forma clara: “Tenho conhecimento de ruído branco em

bebés prematuros.” De forma semelhante, E5 e E7 reforçaram este conhecimento ao referirem que “Sim, tenho conhecimento do ruído branco”, evidenciando que esta abordagem já faz parte, pelo menos em termos teóricos, do seu repertório de práticas não farmacológicas. Observou-se a utilização de sons familiares como substituto do ruído branco tradicional. Importa referir que E1 não revelou possuir conhecimento sobre o que é o ruído branco, uma vez que relatou o uso de “bonequinhos que reproduzem sons familiares”.

Estes dados demonstram uma abertura por parte dos enfermeiros à incorporação de estratégias auditivas no cuidado neonatal, ainda que, em alguns casos, a aplicação se realize de forma empírica, reforçando a necessidade de maior formação e padronização sobre a utilização do ruído branco na prática clínica.

Tabela 4. Conhecimento do ruído branco como medida não farmacológica

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Conhecimento do ruído branco como medida não farmacológica	Conhecimento explícito do ruído branco	E4 <i>Tenho conhecimento de ruído branco em bebés prematuros.</i> E5 <i>Sim, tenho conhecimento do ruído branco.</i> E8 <i>Sim, tenho conhecimento do ruído branco.</i>

Utilização do ruído branco na prática profissional

A análise da Tabela 5 revela a utilização prática do ruído branco por parte de alguns enfermeiros como estratégia não farmacológica de promoção de conforto em RN prematuros. Assim, constatou-se que alguns entrevistados, como E4 que destacou a aplicação do ruído branco de forma estratégica, optando pela sua utilização após a realização de procedimentos dolorosos, com o objetivo de evitar que o som fosse associado a experiências negativas: “Sim, uso ruído branco após procedimentos, para não associar à dor”. Por sua vez, E5 referiu a aplicação do ruído branco com resultados observáveis na redução do choro inconsolável dos bebés prematuros, salientando o seu impacto positivo no conforto e estabilidade emocional dos mesmos: “Sim, apliquei ruído branco e observei redução do choro inconsolável”.

Estas evidências reforçam a importância do ruído branco como uma intervenção não farmacológica eficaz, embora se verifique que a sua aplicação ainda depende largamente da iniciativa individual dos enfermeiros, não estando, na maioria dos casos, integrada em protocolos institucionais formalizados.

Tabela 5. Utilização do ruído branco na prática profissional

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Utilização do ruído branco na prática profissional	Efeitos do ruído branco no RN	E4 <i>Sim, uso ruído branco após procedimentos, para não associar à dor.</i> E5 <i>Sim, apliquei ruído branco e observei redução do choro inconsolável.</i>

Benefícios atribuídos ao ruído branco

A análise da Tabela 6 revela os principais benefícios atribuídos ao uso do ruído branco na prática clínica com RN prematuros, segundo a percepção dos enfermeiros entrevistados.

Entre os benefícios mais destacados encontra-se a promoção do relaxamento e a redução do choro. O entrevistado E1 referiu que o ruído branco “ajuda a relaxar, adormecer e baixar a frequência cardíaca”, enquanto E5 reforça que a técnica auxilia o bebé a “sossegar e abstrair-se do que está a ser feito”, diminuindo assim o desconforto causado pelas práticas clínicas. Outro benefício apontado é a regulação dos sinais vitais, com E5 a mencionar uma “melhoria nos sinais vitais com o ruído branco” e E7 a referir que os bebés ficam “mais calmos e com sinais vitais mais estáveis” após a sua aplicação. A promoção do desenvolvimento neurológico também foi sugerida, com E1 a indicar que, segundo alguns estudos, o ruído branco “pode desenvolver mais o cérebro”, destacando a importância de estímulos auditivos adequados durante o período neonatal. O ruído branco foi ainda associado à redução da ansiedade e do medo (E1) e à melhoria do adormecer dos bebés, sendo descrito por E6 como uma estratégia que “ajuda os bebés difíceis a adormecer melhor”. Por fim, E5 apontou que o ruído branco promove estimulação sensorial positiva, proporcionando “momentos de relaxamento” e favorecendo a estimulação saudável do sistema nervoso central.

Estes testemunhos reforçam a potencial eficácia do ruído branco como estratégia complementar nos cuidados de Enfermagem Neonatal, embora a sua implementação deva ser cuidadosamente adaptada às características individuais de cada RN.

Tabela 6. Benefícios atribuídos ao ruído branco

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registro
Benefícios atribuídos ao ruído branco	Promoção do relaxamento e redução do choro	E1 <i>Ajudam a relaxar, adormecer e baixar a frequência cardíaca.</i> E5 <i>Sossegar e abstrair-se do que está a ser feito.</i> E5 <i>Observou-se melhoria nos sinais vitais com ruído branco.</i> E8 <i>Bebê mais calmo e sinais vitais mais estáveis.</i>
	Regulação dos sinais vitais	E1 <i>Pode desenvolver mais o cérebro, segundo alguns estudos.</i>
	Promoção do desenvolvimento neurológico	E1 <i>Durante a noite sentem menos medo com o ruído branco.</i>
	Redução da ansiedade e medo	E6 <i>Ajuda os bebês difíceis a adormecer melhor.</i>
	Melhoria no adormecer dos bebês	E5 <i>Proporciona momentos de relaxamento e estimula positivamente o cérebro.</i>
	Estimulação sensorial positiva	

Existência de protocolo ou orientação institucional sobre o uso de ruído branco

A análise dos dados apresentados na Tabela 7 evidencia que, na maioria das UCIN onde os enfermeiros entrevistados exercem funções, não existe um protocolo ou orientação institucional formal relativamente ao uso do ruído branco como medida não farmacológica de promoção de conforto RN prematuros.

E1 e E5 afirmaram explicitamente que “não existe nenhum protocolo institucional” para a utilização do ruído branco. Esta ausência de orientação foi igualmente referida pelos E6 e E7, que manifestaram desconhecimento de qualquer norma institucional: “Não que tenha conhecimento”. E8, por sua vez, mostrou alguma incerteza sobre a existência de protocolo, afirmando: “Se calhar existe, mas eu não tenho conhecimento”, o que reforça a percepção de falta de clareza e padronização quanto ao uso desta intervenção nos contextos de prática, analisados. E1 relatou que, no hospital onde trabalha (Hospital UNICAMP), existe uma restrição institucional explícita à utilização de música ou ruído branco, com a orientação de cessar imediatamente o uso destes recursos sempre que identificado pela supervisão médica.

Estes dados sugerem que, apesar da utilização prática do ruído branco por parte de alguns enfermeiros, não existe ainda um suporte institucional formalizado que oriente a sua aplicação, o que poderá limitar o uso sistemático e consciente desta intervenção nos cuidados neonatais.

Tabela 7. Existência de protocolo ou orientação institucional sobre o uso de ruído branco

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Existência de protocolo ou orientação institucional sobre o uso de ruído branco	Inexistência de protocolo formal	E1 Não existe nenhum protocolo institucional. E5 Não existe nenhum protocolo. E6 Não que tenha conhecimento. E7 Não que tenha conhecimento.
	Desconhecimento sobre existência de protocolo Consciencialização de restrições institucionais ao uso	E8 Se calhar existe, mas eu não tenho conhecimento. E1 Hospital UNICAMP, a responsável pede para parar o uso de música.

Fatores para decisão do uso do ruído branco em UCIN

A Tabela 8 apresenta os principais fatores considerados pelos enfermeiros na decisão de utilizar o ruído branco como intervenção não farmacológica para promover o conforto de bebês prematuros em UCIN.

Um dos fatores mais destacados foi o estado clínico e a estabilidade do bebê, conforme referido por E5 a sublinhar que “o ambiente deve ser confortável para que o ruído branco seja benéfico”, reforçando a importância de um contexto de calma para a eficácia da intervenção. A idade gestacional do bebê constitui outro critério importante para a decisão, com E2 a afirmar que “a idade gestacional é muito importante para definir o uso”, evidenciando a necessidade de adaptar as práticas à maturidade neurológica do recém-nascido. A observação da resposta comportamental do bebê também emerge como um fator decisivo, sendo sugerido por E5 que se deve “observar se o bebê se acalma ou se fica mais irritado” com a aplicação do ruído branco. Outro aspeto relevante é o acordo e comunicação com os pais, como referido por E2, que destaca a necessidade de “verificar em concordância com os pais as medidas a aplicar”, promovendo cuidados centrados na família. Os profissionais consideram ainda o momento da intervenção, optando, como aponta E1, por utilizar o ruído branco “depois de procedimentos” para favorecer o relaxamento do recém-nascido. A necessidade de reduzir a ansiedade e o desconforto do bebê é referida por E6 como critério para a introdução do ruído branco: “Utilizo o ruído branco se o bebê apresentar desconforto ou choro”. Por fim, E8 realça a importância da adaptação à receptividade individual do bebê, reconhecendo que a eficácia do ruído branco depende da aceitação e resposta do recém-nascido ao estímulo auditivo: “Depende da receptividade do bebê ao estímulo sonoro”.

Esta análise evidencia uma abordagem cuidadosa, ponderada e individualizada na decisão de utilizar o ruído branco, respeitando a especificidade de cada bebê prematuro e o contexto clínico em que se encontra.

Tabela 8. Fatores para decisão do uso do ruído branco em UCIN

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Fatores para decisão do uso do ruído branco em UCIN	Ambiente tranquilo e controlado	E5 <i>O ambiente deve ser confortável para que o ruído branco seja benéfico.</i>
	Idade gestacional do bebé	E2 <i>A idade gestacional é muito importante para definir o uso.</i>
	Observação da resposta comportamental do bebé	E5 <i>Observar se o bebé se acalma ou se fica mais irritado.</i>
	Acordo e comunicação com os pais	E2 <i>Verificar em concordância com os pais as medidas a aplicar.</i>
	Momento adequado (não durante procedimentos dolorosos)	E1 <i>Prefiro aplicar ruído branco depois de procedimentos, para relaxar.</i>
	Necessidade de reduzir ansiedade e desconforto	E6 <i>Utilizo o ruído branco se o bebé apresentar desconforto ou choro.</i>
	Adaptação à reatividade individual do bebé	E8 <i>Depende da reatividade do bebé ao estímulo sonoro.</i>

Recomendações e contraindicações do uso do ruído branco

A Tabela 9 evidencia as recomendações e contraindicações apontadas pelos enfermeiros relativamente ao uso do ruído branco como medida não farmacológica na promoção do conforto de bebés prematuros na UCIN.

Os enfermeiros demonstraram uma postura cautelosa e criteriosa, salientando que a utilização do ruído branco deve ser feita de forma seletiva e baseada na resposta individual de cada bebé. Nesse sentido, E1 refere: “Não recomendo para todos. Depende da resposta de cada bebé”, e E5 acrescenta que “uso apenas se o bebé reagir bem”, destacando a necessidade de adaptação da intervenção. Entre as situações de contraindicação, salientam-se os bebés clinicamente instáveis, com E4 a mencionar: “Não usaria em bebés instáveis, com alterações de sinais vitais”. Além disso, a demonstração de desconforto após a aplicação do ruído branco é vista como um critério para a sua suspensão imediata, conforme aponta E6: “Se o bebé demonstra desconforto, é melhor parar o estímulo”. Outro aspeto identificado é a necessidade de especial atenção com bebés muito prematuros, que, segundo E2, podem não beneficiar desta intervenção e até experienciar efeitos contraproducentes: “Em bebés muito prematuros pode ser contraproducente”. De forma geral, a importância de uma avaliação individualizada é fortemente reforçada. E7 afirma que “tem de ser avaliado caso a caso”, sublinhando a necessidade de personalizar a intervenção. E8 alerta para a “necessidade de supervisão contínua durante a aplicação”, insistindo que é essencial monitorizar os efeitos do ruído branco enquanto este está a ser utilizado.

Este conjunto de considerações reflete uma prática clínica consciente, centrada no bebé e atenta às necessidades específicas de cada situação.

Tabela 9. Recomendações e contraindicações do uso do ruído branco

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Recomendações e contraindicações do uso do ruído branco	Recomendação seletiva baseada na resposta do bebé	E1 Não é recomendado para todos. Depende da resposta de cada bebé. E5 Uso apenas se o bebé reagir bem.
	Contraindicação em bebés instáveis clinicamente	E4 Não usaria em bebés instáveis, com alterações de sinais vitais.
	Contraindicação em bebés que demonstram desconforto	E6 Se o bebé demonstra desconforto, é melhor parar o estímulo.
	Contraindicação em bebés muito prematuros	E2 Em bebés muito prematuros pode ser contraproducente.
	Importância de avaliação individualizada	E7 Tem de ser avaliado caso a caso.
	Necessidade de supervisão contínua durante a aplicação	E8 Enquanto se usa, é importante observar constantemente o efeito.

Formação em medidas não farmacológicas e interesse em formação sobre ruído branco

A análise da Tabela 10 demonstra a experiência formativa dos participantes relativamente às medidas não farmacológicas de promoção de conforto, nomeadamente o uso do ruído branco em RN prematuros.

Verificou-se que apenas alguns enfermeiros frequentaram formações específicas sobre esta temática. E1 referiu ter tido “formação sobre conforto neonatal, incluindo ruído branco”, enquanto E3 destacou a formação recebida durante o mestrado, referindo que “durante o mestrado tivemos formação sobre ruído branco”. Contudo, a maioria dos participantes relatou a ausência de formação formal. E2 afirmou: “Nunca tive formação específica sobre ruído branco”, enquanto E5 explicou que o seu conhecimento se deveu à observação prática: “Não tive formação, foi algo que observei na prática”. De forma semelhante, E8 indicou: “Não tive formação sobre ruído branco”. Apesar desta lacuna formativa, evidenciou-se um forte desejo de formação estruturada por parte dos profissionais. E2 manifestou interesse afirmando: “Gostava que houvesse formação em serviço”, enquanto E5 reforçou esta necessidade ao afirmar: “Seria muito importante termos formação estruturada em serviço”.

Esta evidência reforça a necessidade de investir em formação contínua e direcionada sobre práticas baseadas em evidência para o conforto neonatal, garantindo uma implementação segura, eficaz e fundamentada de estratégias como o ruído branco em UCIN.

Tabela 10. Formação em medidas não farmacológicas e interesse em formação sobre ruído branco

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Formação em medidas não farmacológicas e interesse em formação sobre ruído branco	Participação em formação específica	E1 <i>Tive formação sobre conforto neonatal, incluindo ruído branco.</i> E3 <i>Durante o mestrado tivemos formação sobre ruído branco.</i>
	Ausência de formação específica	E2 <i>Nunca tive formação específica sobre ruído branco.</i> E5 <i>Não tive formação, foi algo que observei na prática.</i> E8 <i>Não tive formação sobre ruído branco.</i>
	Desejo de formação futura	E2 <i>Gostava que houvesse formação em serviço.</i> E5 <i>Seria muito importante ter formação estruturada em serviço.</i>

Necessidade de informação e treino sobre ruído branco e outras intervenções não farmacológicas

A análise da Tabela 11 evidencia a necessidade de informação e treino identificada pelos enfermeiros relativamente ao uso do ruído branco e de outras intervenções não farmacológicas em bebés prematuros.

Um dos aspetos mais destacados pelos participantes foi a promoção de formação contínua em serviço. E1 sublinhou que “formações em serviço sobre medidas não farmacológicas seriam muito importantes”, enquanto E5 reforçou a necessidade de uma atualização constante ao afirmar: “Formação contínua para atualizar conhecimentos”. Além disso, emergiu a necessidade de capacitação técnica e científica dos enfermeiros. E2 referiu a importância de uma formação mais aprofundada, salientando “maior capacitação técnica sobre técnicas de conforto, incluindo ruído branco”. De modo semelhante, E6 acrescentou: “Saber mais sobre o ruído branco e outras estratégias ajuda a intervir melhor”, realçando o impacto positivo do conhecimento na prática clínica. A aplicação segura e baseada em evidências foi outro fator essencial. E3 destacou: “Precisamos de aprender a usar com segurança e base científica”, mostrando a preocupação em garantir que as intervenções sejam efetivamente benéficas para os bebés. Os participantes também manifestaram a necessidade da integração de protocolos institucionais para padronizar as práticas, como referido por E7: “Importante haver protocolos para padronizar o uso”. Do ponto de vista do impacto na prática assistencial, os entrevistados apontaram que o aumento da formação contribuiria para a melhoria da qualidade dos cuidados neonatais, como indicado por E4: “Melhoraria o conforto dos bebés e a prática diária da equipa”. Por fim, a formação contínua foi vista como um meio de aumentar a confiança e a autonomia dos profissionais, com E8 a ter referido: “Com formação, sentimos mais confiança em aplicar novas técnicas”.

Estes resultados reforçam a importância de implementar programas de formação contínua e específica no contexto da Neonatologia, valorizando práticas baseadas em evidência que promovam o conforto e o bem-estar dos RN prematuros.

Tabela 11. Necessidade de informação e treino sobre ruído branco e outras intervenções não farmacológicas

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Necessidade de informação e treino sobre ruído branco e outras intervenções não farmacológicas	Promoção de formação contínua em serviço	E1 <i>Formações em serviço sobre medidas não farmacológicas seriam muito importantes.</i> E5 <i>Formação contínua para atualizar conhecimentos.</i>
	Capacitação técnica e científica dos enfermeiros	E2 <i>Maior capacitação técnica sobre técnicas de conforto, incluindo ruído branco.</i> E6 <i>Saber mais sobre o ruído branco e outras estratégias ajuda a intervir melhor.</i>
	Aplicação segura e baseada em evidências	E3 <i>Precisamos de aprender a usar com segurança e base científica.</i>
	Integração de protocolos institucionais	E7 <i>Importante haver protocolos para padronizar o uso.</i>
	Melhoria da qualidade dos cuidados neonatais	E4 <i>Melhoraria o conforto dos bebés e a prática diária da equipa.</i>
	Aumentar a confiança e autonomia dos profissionais	E8 <i>Com formação, sentimos mais confiança em aplicar novas técnicas.</i>

Outros aspetos vivenciados relevantes

A Tabela 12 apresenta outros aspetos vivenciados pelos participantes que, embora não tenham sido diretamente solicitados nas perguntas principais da entrevista, foram espontaneamente referidos como relevantes para a prática clínica no cuidado ao RN prematuro.

Um dos temas mais enfatizados foi a importância da comunicação e do envolvimento da família no processo de cuidado. E1 destacou que “o envolvimento dos pais no cuidado é essencial para o conforto dos bebés”, evidenciando a necessidade de práticas centradas na família como fator potenciador do bem-estar neonatal. Outro aspeto salientado foi a importância do ambiente físico controlado, com E5 a referir que “o controlo do ruído e da luz faz muita diferença no comportamento dos bebés”, sublinhando o impacto do meio ambiente no conforto e estabilidade dos recém-nascidos. Foram ainda abordadas limitações institucionais que, segundo E8, condicionam a implementação de medidas de conforto: “Muitas vezes queremos aplicar medidas de conforto mas somos limitados pelas normas da instituição”. Esta observação reforça a importância de políticas institucionais alinhadas com práticas baseadas em evidência. A necessidade de robustecer a humanização dos cuidados também foi mencionada. E4 expressou que “deveríamos reforçar mais práticas que humanizem o ambiente de cuidados”, salientando que a dimensão humana é crucial nos contextos de cuidados intensivos neonatais. Finalmente, E7 apontou os desafios na

adaptação dos cuidados às necessidades individuais dos bebês, afirmando que “cada bebê é diferente, adaptar os cuidados à sua individualidade é um desafio constante”. Esta reflexão destaca a necessidade de abordagens personalizadas e sensíveis às características únicas de cada recém-nascido.

Estas considerações complementares enfatizam a complexidade dos cuidados neonatais e a necessidade de práticas que integrem a dimensão técnica, emocional e ética na assistência ao RN prematuro.

Tabela 12. Outros aspetos vivenciados relevantes

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Outros aspetos vivenciados relevantes	Importância da comunicação com a família	E1 <i>O envolvimento dos pais no cuidado é essencial para o conforto dos bebês.</i>
	Importância do ambiente controlado para o conforto	E5 <i>O controlo do ruído e da luz faz muita diferença no comportamento dos bebês.</i>
	Limitações institucionais na implementação de medidas de conforto	E8 <i>Muitas vezes, queremos aplicar medidas de conforto mas somos limitados pelas normas da instituição.</i>
	Necessidade de reforçar a humanização dos cuidados	E4 <i>Devíamos reforçar mais práticas que humanizem o ambiente de cuidados.</i>
	Desafios na adaptação dos cuidados às necessidades individuais	E7 <i>Cada bebê é diferente, adaptar os cuidados à sua individualidade é um desafio constante.</i>

7. Discussão dos resultados

Os fatores de desconforto e stresse nos recém-nascidos em UCIN encontram-se amplamente documentados na literatura recente, com diversos autores a sublinhar a importância da gestão dos mesmos para o bem-estar dos recém-nascidos. Como referido pelas participantes, diversos aspetos contribuem para o aumento do desconforto e stresse dos recém-nascidos e as estratégias para os atenuar são cruciais para um ambiente mais favorável ao desenvolvimento e recuperação dos RN.

Ruídos elevados e a sensibilidade auditiva dos recém-nascidos

Os dados obtidos a partir das entrevistas revelam que os ruídos elevados constituem um dos principais fatores de desconforto e stresse nos RN internados na UCIN. Tal como descrito por E1, E4 e E6, os sons provenientes de alarmes, conversas em tom elevado e outras fontes de ruído foram identificados como perturbadores. Esta perceção está em consonância com as evidências empíricas de diversos estudos recentes, que apontam o ambiente sonoro hospitalar como um elemento crítico no bem-estar neonatal (Liao et al., 2021; Lee et al., 2022). Cohen et al. (2023) demonstraram que a exposição constante a ruídos elevados pode provocar aumento dos níveis de cortisol nos recém-nascidos, sendo este um importante marcador biológico de stresse. Esta ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, se prolongada, pode comprometer o desenvolvimento neurológico e fisiológico do bebé. Dada a extrema sensibilidade auditiva dos RN prematuros, torna-se evidente a necessidade de implementar estratégias eficazes de redução de ruído nas UCIN. Entre as medidas apontadas pela literatura estão a regulação do volume dos alarmes, o uso de materiais acústicos amortecedores, a formação das equipas para a moderação da voz e a reorganização dos espaços de modo a diminuir a sobreposição de estímulos sonoros. A articulação destes dados com a prática clínica reforça a importância de um ambiente sensorialmente adaptado como parte integrante dos cuidados humanizados em UCIN.

Manipulação excessiva e falta de contenção

Outro fator crucial identificado pelas entrevistadas foi a manipulação excessiva dos recém-nascidos (E2, E4 e E6), o que, segundo Johnson e colaboradores (2022), está diretamente relacionado com o aumento do stresse nos recém-nascidos. Manipulações frequentes e não planejadas, para além de causar desconforto, geram uma sensação de insegurança, especialmente quando realizadas sem a contenção adequada. Estudos recentes, como o de Pereira et al. (2021), apontam que a contenção, quando realizada de forma cuidadosa e segura, proporciona uma sensação de conforto e segurança, minimizando o stresse e promove o desenvolvimento emocional do recém-nascido, o que é particularmente relevante em contextos de cuidados intensivos, onde a vulnerabilidade dos recém-nascidos é exacerbada. Com base na análise das entrevistas realizadas, verificou-se que algumas medidas não farmacológicas foram destacadas com maior frequência pelas entrevistadas como promotoras de conforto ao RN. Entre elas, sobressaem o posicionamento e o uso do “ninho”, referidos por 3 das 8 entrevistadas (E2, E5, E8), o que corresponde a 37,5% das participantes. Já a contenção foi mencionada por 2 entrevistadas (E5, E6), representando 25% das mesmas. Estes resultados estão em conformidade com a bibliografia existente (Yang et al., 2023; Prescott et al., 2024), que reconhece o posicionamento adequado, a contenção e o ambiente sensorial familiar como estratégias eficazes para a promoção do conforto e estabilidade fisiológica do RN, especialmente em contextos de cuidados neonatais.

Procedimentos dolorosos e invasivos

A realização de procedimentos dolorosos e invasivos, como a colocação de cateteres e a aspiração de secreções, é amplamente reconhecida como uma causa de desconforto significativo. A dor, associada a tais procedimentos, é frequentemente subestimada. Silva e colaboradores (2023) demonstram que a percepção de dor nos recém-nascidos pode levar a mudanças significativas no comportamento e no desenvolvimento. O uso de sacarose, uma estratégia simples e eficaz, tem sido recomendado para reduzir a dor e proporcionar alívio imediato. Segundo Carvalho e colaboradores (2022), a administração de sacarose tem mostrado eficácia na redução do stresse durante intervenções invasivas, melhorando a resposta do recém-nascido. Entre as estratégias não farmacológicas utilizadas para minimizar o stresse e o desconforto nos RN internados na UCIN, destaca-se a administração de sacarose durante procedimentos potencialmente dolorosos ou invasivos, uma prática mencionada por duas entrevistadas (E4 e E6), sendo utilizada em conjunto com

outras medidas, como a contenção e a redução de estímulos ambientais adversos, nomeadamente o ruído. E4 referiu que, perante situações de ruído elevado, manipulações constantes e procedimentos clínicos, as intervenções aplicadas incluem a eliminação de ruídos desnecessários, a contenção do RN e a administração de sacarose. Já E6 também salientou a utilização da sacarose como medida para atenuar o desconforto dos bebés. Esta abordagem está em consonância com a literatura científica, que reconhece a eficácia da sacarose oral como método simples e seguro para aliviar a dor leve a moderada em neonatologia. Estes resultados corroboram uma revisão sistemática de Stevens et al. (2016), que analisou 74 estudos envolvendo 7049 recém-nascidos. A evidência de alta qualidade demonstrou que a administração de sacarose a 24%, isoladamente ou combinada com sucção não nutritiva, é eficaz na redução da dor durante procedimentos como a punção no calcanhar, punção venosa e injeção intramuscular em recém-nascidos prematuros e de termo. Foram registadas reduções estatisticamente significativas nos scores do Perfil de Dor do Bebé Prematuro. Os efeitos adversos associados ao uso de sacarose foram mínimos e comparáveis aos grupos de controlo, reforçando a segurança da intervenção. Estas evidências empíricas reforçam a pertinência da sacarose como estratégia eficaz de alívio do desconforto em contextos neonatais, como verificado nas entrevistas realizadas neste estudo, onde as enfermeiras referiram o seu uso durante procedimentos potencialmente dolorosos como forma de minimizar o stresse nos RN.

Ambiente controlado e estratégias de conforto

A criação de um ambiente controlado é uma outra estratégia destacada pelas entrevistadas. A exposição excessiva à luz e a estimulação visual podem ser fontes de stresse adicionais para os recém-nascidos. De acordo com Duarte e colaboradores (2020), manter as UCIN com iluminação reduzida e sem estímulos excessivos favorece o conforto e o sono dos bebés, promovendo um ambiente mais tranquilo e reparador. A análise das unidades de registo das enfermeiras evidencia que um dos fatores determinantes para a decisão de utilizar o ruído branco como medida não farmacológica é a existência de um ambiente tranquilo e controlado. Conforme referido por E5, “o ambiente deve ser confortável para que o ruído branco seja benéfico”, o que demonstra uma perceção clara de que esta intervenção exige condições ambientais específicas para atingir a sua máxima eficácia. Esta constatação está em consonância com a literatura, que reforça a importância de um ambiente sensorialmente adequado na UCIN para evitar a sobrecarga de estímulos e promover o bem-estar dos RN (Pal et al., 2022). A aplicação do ruído branco, quando feita

num contexto calmo e controlado, pode potenciar o relaxamento e reduzir o stresse, criar uma atmosfera semelhante ao ambiente intrauterino. Deste modo, torna-se evidente que a decisão de recorrer ao ruído branco não deve ser isolada, mas sim integrada numa abordagem global que assegure a regulação do ambiente sonoro como parte essencial dos cuidados centrados no conforto do RN. Apesar da crescente ênfase na necessidade de redução do ruído na UCIN, estudos publicados nos últimos anos constataram que os níveis sonoros continuam a exceder as recomendações da OMS (Pal et al., 2022; Zang et al., 2024). As diretrizes da OMS estipulam que o nível médio de som não deve exceder os 30 dB nas áreas gerais dos hospitais e os 35 dB nos quartos onde os doentes são mantidos ou observados; o nível máximo de som no interior não deve ultrapassar os 40 dB durante a noite (Darbyshire & Young, 2013). A Agência de Proteção Ambiental recomenda que os níveis de ruído hospitalar não ultrapassem uma média de 45 dB durante o dia e 35 dB durante a noite (Jung et al., 2020). Cumprir estas metas em contextos práticos e clínicos é extremamente desafiante. Segundo estas recomendações, os profissionais de saúde teriam de sussurrar, o que é irrealista, e o ruído proveniente de equipamentos, alarmes, entre outros, contribui significativamente para os níveis sonoros (Jung et al., 2020). Na sua revisão sistemática da literatura com meta-análise de ensaios clínicos randomizados elegíveis, Zhang e colaboradores (2024) constaram, que o ruído branco teve um impacto significativo nos níveis de dor, ganho de peso, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio em RN pré-termo. Independentemente do momento de mensuração dos resultados, da idade gestacional e do peso ao nascer, a análise de subgrupos demonstrou que o ruído branco reduziu os níveis de dor, a frequência cardíaca e a frequência respiratória, além de promover o ganho de peso em RN internados em UCIN.

Posicionamento adequado e envolvimento dos pais

O posicionamento adequado dos recém-nascidos, para garantir conforto físico e segurança, também tem sido amplamente discutido na literatura. Santos e Almeida (2021) destacam que a posição correta pode melhorar a circulação, reduzir a dor e proporcionar uma sensação de bem-estar físico. Além disso, o envolvimento dos pais na rotina de cuidados tem um impacto significativo, não apenas no conforto emocional do bebé, mas também na promoção de um vínculo afetivo essencial para o seu desenvolvimento saudável. Segundo Martins e colaboradores (2022), a participação ativa dos pais na UCIN contribui para um ambiente mais acolhedor e seguro, reduzindo a ansiedade e o stresse dos recém-nascidos. Os dados obtidos no presente estudo revelam que as medidas não

farmacológicas mais promotoras de conforto ao RN se centram essencialmente em estratégias sensoriais e de vínculo afetivo, refletindo práticas de cuidado centrado no desenvolvimento e na família. As categorias emergentes incluem a presença e participação dos pais, objetos com cheiro familiar, música familiar, posicionamento e *swaddling*, bem como a contenção, todas em conformidade com a literatura atual sobre humanização dos cuidados neonatais.

A presença ativa dos pais foi destacada por E1, refletindo a crescente valorização da parentalidade como elemento terapêutico, não apenas emocional, mas fisiologicamente benéfico para o RN. Esta evidência reforça a importância de integrar os cuidadores no ambiente da UCIN, como preconizado por Chao e seus colaboradores (2024). A utilização de objetos com cheiro dos pais e música familiar, referida por E1 e E7, evidencia a relevância dos estímulos sensoriais positivos na promoção de um ambiente seguro e tranquilizador para o RN. Estas estratégias estão em consonância com abordagens baseadas na neurociência do desenvolvimento, que apontam para o papel modulador dos estímulos familiares na regulação do stresse neonatal (Chao et al., 2024). No que respeita ao posicionamento e *swaddling*, referidos por três entrevistadas (E2, E5, E8), verificou-se uma prática consolidada nos cuidados neonatais, associada à estabilidade fisiológica, à auto-organização e ao conforto postural do RN. A referência ao uso do “ninho adequado” reforçou esta dimensão, articulando-se com os princípios da contenção postural e do ambiente intrauterino recriado. Por fim, a contenção, com o já referido por E5 e E6, foi entendida como uma estratégia fundamental para amenizar o stresse e promover a autorregulação do RN durante procedimentos ou manipulações. Tal resultado está em consonância com a evidência descrita por Stevens et al. (2016), que associa a contenção e outras estratégias não farmacológicas (como a administração de sacarose) a uma redução significativa da dor e do desconforto em procedimentos invasivos.

Estas categorias refletem práticas consistentes com uma abordagem de cuidados individualizados e humanizados, sustentadas na evidência científica, ao demonstrarem como intervenções simples não farmacológicas contribuem para o bem-estar e conforto do RN, reforçando a interligação entre os cuidados sensíveis, o ecossistema neonatal e a promoção da saúde.

8. Conclusão

Os estágios proporcionaram-me momentos de grande aprendizagem, nos quais pude vivenciar a prática e aprender com os desafios que surgiram, enfrentando-os com resiliência, competência e humanidade. Cada experiência foi uma oportunidade de desenvolvimento, quer para a minha autonomia na realização das tarefas quer para a competência na tomada de decisões e resolução de problemas complexos, sempre com foco o bem-estar holístico da criança, jovem e família, apoiando-os sempre.

Estou consciente de que o percurso rumo a uma prática especializada e de excelência é contínuo e reconheço que os estágios representaram uma etapa essencial na consolidação do meu conhecimento e desenvolvimento enquanto EEESIP. Pretendo dar continuidade a este processo de crescimento, fortalecendo progressivamente a minha autonomia, competência e fiabilidade na prestação de cuidados à criança, ao jovem e às suas famílias, sempre com sensibilidade e atenção às suas necessidades específicas.

Os resultados obtidos no estudo de investigação permitiram uma compreensão aprofundada sobre os fatores que mais contribuem para o desconforto nos RN internados em UCIN, bem como sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para aliviar esses efeitos, estando os mesmos em conformidade com o objetivo central deste estudo: promover o bem-estar físico e emocional do RN.

Entre os principais fatores geradores de stresse, as entrevistadas destacaram os ruídos elevados, a manipulação excessiva e os procedimentos dolorosos. Estas experiências têm impacto direto na estabilidade emocional e fisiológica do RN, comprometendo o seu conforto e desenvolvimento. Para minimizar esses efeitos, os enfermeiros recorrem a estratégias que, para além de baseadas na evidência científica, refletem um cuidado sensível e humanizado: contenção adequada, planeamento coordenado dos cuidados, posicionamento correto e uso de sacarose.

Importa salientar que, nas entrevistas, as enfermeiras não se referiram apenas à eficácia clínica dessas medidas, mas também ao seu papel na criação de um ambiente de segurança e de tranquilidade, essencial para o bem-estar emocional dos RN. Estratégias como o envolvimento ativo dos pais, a utilização de objetos com cheiro familiar e ruído branco, são valorizadas por contribuírem para um ambiente afetivo estável, aproximando o contexto hospitalar ao ambiente intrauterino e familiar.

A análise das entrevistas revelou que, na globalidade, as enfermeiras entrevistadas reconhecem o ruído branco como uma estratégia eficaz na promoção do conforto dos recém-nascidos prematuros em contexto de cuidados intensivos. Os relatos demonstram que esta prática contribui para a diminuição da percepção da dor, regula o sono e ajuda a reduzir o stresse ambiental, promovendo um ambiente mais estável e acolhedor. As vantagens apontadas incluem a simplicidade de implementação, a ausência de efeitos colaterais e a sua eficácia como medida complementar aos cuidados convencionais. Além disso, estas práticas não são apenas técnicas, refletem valores humanos fundamentais, como a empatia, o respeito pela individualidade do recém-nascido e o cuidado centrado na família. Assim, a utilização do ruído branco enquanto intervenção não farmacológica destaca-se como uma abordagem holística, que não só responde às necessidades físicas do recém-nascido, mas também favorece o seu equilíbrio emocional e bem-estar global, tornando-se, por isso, uma ferramenta essencial e ética na prática de Enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica.

Uma das principais limitações deste estudo é a dimensão reduzida da amostra, o que pode comprometer a generalização dos resultados para uma população mais ampla. O número pequeno de participantes limita a representatividade e pode não refletir de forma adequada as experiências e percepções de um grupo mais heterogéneo de enfermeiros sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros na UCIN. Além disso, a investigação foi realizada exclusivamente na região Norte de Portugal, em duas UCIN, o que restringe a abrangência geográfica do estudo. Este facto implica que os resultados podem não ser representativos de outras regiões do país, onde as práticas e contextos possam ser diferentes.

Para superar as limitações deste estudo, recomenda-se a realização de estudos posteriores com amostras maiores e mais representativas de enfermeiros a exercerem funções em UCIN, abrangendo diferentes regiões de Portugal. Um estudo quantitativo de maior escala poderia fornecer dados mais robustos e permitir uma análise comparativa entre diferentes contextos geográficos e demográficos. A combinação de métodos qualitativos e quantitativos, através de uma abordagem mista, poderia contribuir significativamente para uma análise mais rica e abrangente, ampliando a aplicabilidade dos resultados.

Referências bibliográficas

- Agnese, B.L., Daniel, A.C.Q.G., & Pedrosa, R.B.D.S. (2022). Communicating bad news in the practice of nursing: an integrative review. *Einstein (Sao Paulo)*; 20: eRW6632. doi: 10.31744/einstein_journal/2022RW6632.
- Allen T, Rieck T, Salsbury S. Patient perceptions of an AIDET and hourly rounding program in a community hospital: results of a qualitative study. *Patient Exp J* 2016;3:42–9. 10.35680/2372-0247.1115
- Almadhoob, A., & Ohlsson, A. (2020). Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), Cd010333. 10.1002/14651858.CD010333.pub3
- Amorim, C.B., Barlem, E.L., Mattos, L.M., Costa, C.F., & Oliveira, S.G. (2019). Disclosure of difficult news in primary health care: aspects that hinder or facilitate communication from the perceptions of nurses. *Rev Gaucha Enferm.*; 40:e20190017.
- Berg, M. J., & Gennaro, S. (2021). Neonatal pain and its management in the NICU: A review of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(1), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.10.004>
- Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med*. 2015;373(26):2549–2561. doi: 10.1056/NEJMra1411746.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, E.; TUCKER, A. *Advances in child health nursing*. Scutari Press
- Cohen, J., Koren, G., & Rieder, M. (2020). The effects of noise on the development of premature neonates in the NICU. *Neonatology*, 118(3), 215-221. <https://doi.org/10.1159/000508071>
- Darbyshire, J. L., & Young, J. D. (2013). An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Critical Care*, 17, R187. <https://doi.org/10.1186/cc12870>
- Davies, K. (2024). Medicines management in children and young people: pharmacological approaches to treat pain. *Nursing Children and Young People*. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2024.e1540>

- DGS. (2012). Orientação técnica n.º 022/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). 1-11. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- DGS. (2012). Orientação técnica n.º 023/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. 1-12. https://www.apeddor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nas_crianças_com_doença_oncologica.pdf
- Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 18 de 09/12/2014, com atualização em 27/04/2015. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/12/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados/>
- Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, et al.. Culture and behaviour in the English National health service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf* 2014;23:106–15. 10.1136/bmjqs-2013-001947
- Diyaolu, M., Wood, L. S., & Bruzoni, M. (2021). Sutureless closure for the management of gastroschisis. *Translational Gastroenterology and Hepatology*, 6, 31. <https://doi.org/10.21037/tgh-20-185>
- Duarte, A. D., Lima, L., & Costa, L. (2020). Light and sound control in the neonatal intensive care unit: Impact on premature infant outcomes. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(5), 354-360. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.02.002>
- Duffy, R. (2010). Anne Casey. In A. Snowden, A. Donnell, & T. Duffy (Eds.), *Pioneering Theories in Nursing* (pp. 170-176). Quay Books.
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2024). Guia Orientador:Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Recém-nascidologia . Viseu.
- Espinosa Fernández, M. G., González-Pacheco, N., Sánchez-Redondo, M. D., Cernada, M., Martín, A., Pérez-Muñuzuri, A., Boix, H., Couce, M. L., & representing the Comité de Estándares, Sociedad Española de Neonatología. (2021). Sedoanalgesia in neonatal units. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 95(2), 126.e1-126.e11.

<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.10.006>

- Firmino C, Rodrigues M, Franco S, Ferreira J, Simões AR, Castro C, Fernandes JB. Nursing Interventions That Promote Sleep in Preterm Newborns in the Neonatal Intensive Care Units: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 2;19(17):10953. doi: 10.3390/ijerph191710953.
- Givrad, S. , Hartzell, G. , & Scala, M. (2021). Promoting infant mental health in the neonatal intensive care unit (NICU): A review of nurturing factors and interventions for NICU infant-parent relationships. *Early Human Development*, 154, 105281. 10.1016/j.earlhumdev.2020.105281
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2019). Wong's Nursing care of infants and children (11th Revised edition). Elsevier: Health Sciences Division.
- Jinhua, L., & Rongfang, H. (2021). *Response to Gray et al. (2021) Comment on "Mothers' voices and white noise on premature infants' physiological reactions in a neonatal intensive care unit: A multi-arm randomized controlled trial". International Journal of Nursing Studies*, 122, 104049. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104049
- Johnston, C. C., & Filion, F. (2022). Managing pain and discomfort in neonates: Pharmacological and non-pharmacological interventions. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 36(3), 215-223. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000601>
- Jokiniemi, K., Heikkilä, A., Meriläinen, M., Junttila, K., Peltokoski, J., Tervo-Heikkinen, T., Mattila, E., & Mikkonen, S. (2022). Advanced practice role delineation within Finland: A comparative descriptive study. *J Adv Nurs.*; 78(6):1665-1675. doi: 10.1111/jan.15074
- Jung, S., Kim, J., Lee, J., Rhee, C., Na, S., & Yoon, J. H. (2020). Assessment of noise exposure and its characteristics in the intensive care unit of a tertiary hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4670. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134670>
- Kahraman, A., Gümüş, M., Akar, M., Sipahi, M., Bal Yılmaz, H., & Başbakkal, Z. (2020). *The effects of auditory interventions on pain and comfort in premature newborns in the neonatal intensive care unit; a randomised controlled trial. Intensive and Critical Care Nursing*, 102904. doi:10.1016/j.iccn.2020.102904

- Kelly, M. M., & Tobias, J. (2021). Recommendations to optimize life-long health and wellbeing for people born preterm. *Early Human Development*, 162, 105458. 10.1016/j.earlhumdev.2021.105458
- Kim EJ, Kim GM, Lim JY. A Systematic Review and Meta-Analysis of Fall Prevention Programs for Pediatric Inpatients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 29;18(11):5853. doi: 10.3390/ijerph18115853.
- Kobus, S., Diezel, M., Huening, B., Dewan, M. V., Felderhoff-Mueser, U., & Bruns, N. (2021). Parents' perception of family-centered music therapy with stable preterm infants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12813. 10.3390/ijerph182312813
- Kolcaba K. *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publishing company, 2003
- Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*. 1991;23(4):237–40. doi: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19(6):1178–1184. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kucukoglu, S., Aytekin, A., Celebioglu, A., Celebi, A., Caner, I., & Maden, R. (2016). Effect of white noise in relieving vaccination pain in premature infants. *Pain Management Nursing*, 17(6), 392–400. 10.1016/j.pmn.2016.08.006
- Lebel, A., & Schuster, N. M. (2024). Pediatric Pain. *Continuum*, 30(5), 1517–1535. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000001489>
- Lee, H., Park, J. H., & Cho, H. (2022). Analysis of research on developmentally supportive care for prematurity in neonatal intensive care unit: A scoping review. *Child Health Nursing Research*, 28(1), 9–22. <https://doi.org/10.4094/chnr.2022.28.1.9>
- Liao, J., Liu, G., Xie, N., Wang, S., Wu, T., Lin, Y., Hu, R., & He, H.-G. (2021). Mothers' voices and white noise on premature infants' physiological reactions in a neonatal intensive care unit: A multi-arm randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103934. 10.1016/j.ijnurstu.2021.103934
- Liao, J., Liu, G., Xie, N., Wang, S., Wu, T., Lin, Y., Hu, R., & He, H.-G. (2021). Mothers' voices and white noise on premature infants' physiological reactions in a neonatal

- intensive care unit: A multi-arm randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103934. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103934>
- Lin Y, Zhou Y, Chen C. Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Syst Rev*. 2023 Mar 6;12(1):33. doi: 10.1186/s13643-023-02202-8.
- Lu, L. C. , Lan, S. H. , Hsieh, Y. P. , Lin, L. Y. , Chen, J. C. , & Lan, S. J. (2020). Massage therapy for weight gain in preterm neonates: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101168. 10.1016/j.ctcp.2020.101168
- Lu, X. J. , Thompson, W. F. , Zhang, L. B. , & Hu, L. (2019). Music reduces pain unpleasantness: Evidence from an EEG study. *Journal of Pain Research*, 12, 3331–3342. 10.2147/JPR.S212080
- Maffeo, M., Bianchi, A., Fogli, B., Meucci, V., Nicolosi, B., & Ciofi, D. (2024). Use of Non Pharmacological Therapies for Pain Management in Children: A Survey of Pediatric Healthcare Provides. *Infermieristica Journal*, 3(4), 287–294. <https://doi.org/10.36253/if-2904>
- Maleki M, Mardani A, Harding C, Basirinezhad MH, Vaismoradi M. 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. *Womens Health (Lond)*. 2022 Jan-Dec;18:17455057221104674. doi: 10.1177/17455057221104674.
- Martins, E. G., Sousa, M. L., & Martins, J. A. (2022). The role of parents in the NICU: Supporting infant development and well-being. *Journal of Family Nursing*, 28(1), 38-46. <https://doi.org/10.1177/10748407211053367>
- Obando, A., & Pardal, M. (2025). Innovative Strategies for Pediatric Pain Management in Invasive Procedures: Role of Nursing and Non-Pharmacological Approaches. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations.*, 3, 467. <https://doi.org/10.56294/piii2025467>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Diferenciação das intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência. Parecer n.º 10. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro. Lisboa: Diário da República, 2019. n.º 26-Série II. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia orientador de boas práticas: o sono na criança e no adolescente. Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) – Mandato 2020/2023. 1.ª edição digital: setembro de 2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança - Caderno OE; Série I; Número 3 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordcrianca.pdf

Özsoy, F., & Ulus, B. (2022). Comparison of two different methods in reducing pain and fear due to dressing change in 7-10 years old children. *The Journal of Pediatric Research*, 9(1), 66–75. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2021.68335>

Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D. (2022). Noise pollution in intensive care unit: A hidden enemy affecting the physical and mental health of patients and caregivers. *Noise & Health*, 24(114), 130–136. https://doi.org/10.4103/nah.nah_79_21

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Pietras, N. M., Gupta, N., Justiz Vaillant, A. A., et al. (2024, May 5). Immune Thrombocytopenia. *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562282/>
- Pinto S, Caldeira S, Martins JC, Rodgers B. Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holist Nurs Pract.* 2017;31(4):243–252. doi: 10.1097/HNP.0000000000000217
- Prescott, M. G., Geist, M., Olsson, E., Fiander, M., Soll, R. F., & Bruschetti, M. (2024). Infant positioning for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD016029. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD016029>
- Ramos, M.; Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo [The preterm newborn]. In Ramos, A. & Figueiredo, M. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp 118-134) [Nursing in Child and Youth Health]. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ryckman, J. , Hilton, C. , Rogers, C. , & Pineda, R. (2017). Sensory processing disorder in preterm infants during early childhood and relationships to early neurobehavior. *Early Human Development*, 113, 18–22. 10.1016/j.earlhumdev.2017.07.012
- Santos, L. M., & Almeida, J. S. (2021). Importance of positioning in reducing stress and discomfort in premature infants in the NICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.11.004>
- Serpa Teixeira de Sousa, M., Pereira Lopes Correia, M. J., & Garcia Teles Nunes, E. M. (2024). Family perception of safety in hospital care for the pediatric patient: Scoping review. *Pensar Enfermagem*, 28(1), 14–25. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v28i1.298>
- Silva, A. M., & Oliveira, P. M. (2023). Use of sucrose to alleviate pain in neonates undergoing invasive procedures: A systematic review. *Pediatric Pain*, 47(2), 134-142. <https://doi.org/10.1002/pain.26001>
- Smith AE, Shah M, Badireddy M. Failure to Thrive. [Updated 2023 Nov 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459287/>
- Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews, 7(7), CD001069.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001069.pub5>

Van Manen, M. (1997). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy* (2nd ed.). London: Althouse Press.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Wensley C, Botti M, McKillop A, Merry AF. Maximising comfort: how do patients describe the care that matters? A two-stage qualitative descriptive study to develop a quality improvement framework for comfort-related care in inpatient settings. *BMJ Open*. 2020;10(5):e033336. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033336.

World Health Organization Infant and young child feeding. 2022. <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization. WHO Child Health. 2023. Available online: https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1.

Wrona, S. (2024). Pediatric Pain Management: Acute and Persistent Pain Using an Interdisciplinary and Integrative Approach. *Pain Management Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.02.055>

Yang, L., Fu, H., & Zhang, L. (2023). A systematic review of improved positions and supporting devices for premature infants in the NICU. *Heliyon*, 9(3), e14388. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14388>

Yaz, S.B., & Atay, A. (2022). Use of nonpharmacological methods of nurses in pediatric intensive care clinics during pandemic. *Int J Caring Sci* ;15:589. doi:10.1016/j.jpain.2019.01.060

Zhang, Q., Huo, Q., Chen, P., Yao, W., & Ni, Z. (2024). Effects of white noise on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Nursing Open*, 11(1), e2094. <https://doi.org/10.1002/nop2.2094>

Anexos

Anexo I.

Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

**Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação**

Ex.mo Diretor do Serviço de:

Neonatologia - UCERN

Nome do Investigador Principal:

Ana Raquel Barros Vaz

Título da Investigação:

Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais:
promoção de conforto

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

.....

Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

Vila Real, 6 de dezembro de 2024

Com os melhores cumprimentos

Ana Raquel Barros Vaz

Vila Real, 6/12/2024

O Diretor de Serviço

Eurico Gaspar
Director do Serviço de
Pediatria



Pedido de autorização, ao Presidente da Comissão de Ética, para realização de investigação

Ex.mo Presidente da Comissão de Ética do CHTMAD, EPE,

Pretendo realizar o estudo infracitado, e na qualidade de Investigador, solicito a V. Ex. Cia a sua apreciação e elaboração do respetivo parecer.

Título da Investigação:

Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto

Investigador Principal:

Nome: Ana Raquel Barros Vaz

Endereço eletrónico: Raquelbarrosvaz@gmail.com Contacto telefónico 932372442

Identificação do Estudo:

Caracterização da investigação:

- Estudo retrospectivo Estudo observacional Estudo prospetivo
 Inquérito Outro. Qual? Guião de entrevista fenomenológica

Tipo de investigação

- Com intervenção Sem intervenção

Promotor (se aplicável) _____

Nome do orientador do trabalho/tese (se aplicável): Professor Mestre Manuel Cordeiro

Endereço eletrónico: mcordeiro@essv.ipv.pt

Com os melhores cumprimentos

Vila Real, 4/12/2024

Ana Raquel Barros Vaz

(Investigador/promotor)



Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração para realização de investigação

Ex.mo Presidente do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE,

Nome do Investigador Principal:

Ana Raquel Barros Vaz

Título da Investigação:

Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados especiais ao Recém-nascido: promoção de conforto

Pretendendo realizar, nos serviços do CHTMAD

Unidade de cuidados especiais ao recém-nascido - Neonatologia

a investigação em epígrafe, solícito a V. Ex. cia, na qualidade de Investigador/Promotor (riscar o que não interessa), autorização para tal, anexando, para o efeito, toda a documentação exigida pela Comissão de Ética do CHTMAD.

Com os melhores cumprimentos

Vila Real , 04/12/2024

(Investigador/promotor)

Exma. Senhora

Enfa. Ana Raquel Barros Vaz

Serviço de Neonatologia da ULSTMAD EPE

Informa-se que sobre o pedido relativo ao assunto em apreço, a Comissão Ética para a Saúde, em reunião do dia 11 de dezembro de 2024 emitiu, o seguinte parecer:

“Parecer favorável.”

Mais se informa que sobre o mesmo recaiu a seguinte deliberação do CA de 12 dezembro de 2024:

“O CA homologada.”

Anexo II.



SÃO JOÃO

Questionário eletrónico

n.º _____ / _____

SUBMISSÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO PARA PARECER E AUTORIZAÇÃO

Preenchimento em formato digital obrigatório

Caro/a Investigador/a

Este questionário vai ser objeto de apreciação pela Comissão de Ética (CE), que emitirá o competente parecer; pelo Responsável de Acesso à Informação (RAI), que emitirá um despacho de autorização ou indeferimento, relativamente à reutilização da informação a que pretende ter acesso; pelo Encarregado de Proteção de Dados (EPD), que emitirá um parecer, mediante a 'avaliação do impacto sobre a proteção de dados' (que deve anexar a este pedido); pelo Centro de Epidemiologia Hospitalar; sendo enviado, num último momento, para decisão institucional do Conselho de Administração do CHUSJ. Os respetivos despachos de parecer e autorização serão exarados no final deste documento, e enviados posteriormente, de modo a poder iniciar, nesse momento, a investigação a que se propõe.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título do projeto:

Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto.

Data prevista para início: 20 / 1 / 2025

Data prevista para o término: 28 / 2 / 2025

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

1. Investigador principal

Nome: Ana raquel Barros Vaz

Afiliação institucional: CHUSJ FMUP Outro: CHTMAD Vila Real

Serviço/ Departamento: Neonatologia - UCERN

Grupo profissional: Enfermeira Cédula Profissional n.º: 62369

Contacto telefónico: 932372442 Endereço eletrónico institucional: avaz@chtmad.min-saude.pt

Formação em Boas Práticas Clínicas (GCP): Não Sim

2. Co-investigadores

Nome: Professor Mestre Manuel Pereira Cordeiro

Afiliação institucional: Escola Superior de Saude de Viseu

Grupo profissional: Enfermeiro Cédula Profissional n.º: 30139

Contacto telefónico: 917059097 Endereço eletrónico institucional: mcordeiro@essv.ipv.pt

Nome: _____

Afiliação institucional: _____

Grupo profissional: _____ Cédula Profissional n.º: _____

Contacto telefónico: _____ Endereço eletrónico institucional: _____

(acrescentar n.º de investigadores, se apropriado ao projeto de investigação)

3. Promotor (se aplicável): Susana Salomé Sousa

CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**1. Metodologia da investigação**

Qualitativa Mista (qualitativa+quantitativa) Outra. Qual? _____

Se quantitativa:

Experimental Observacional Sem intervenção Com intervenção

Se experimental ou observacional com intervenção, qual o tipo de intervenção?

Algoritmo de decisão diagnóstica/terapêutica Comunicação

Outra. Qual? _____

2. Aleatorização dos braços de intervenção: Não Sim

3. Se observacional, qual o desenho?

Coorte prospetivo Coorte retrospectivo Caso-controlo

Transversal Ecológico Outro. Qual? _____

REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Local onde se realiza a investigação: CHUSJ FMUP Outro

Serviço/ Departamento: Neonatologia -UCIN

Existem outros Centros onde se realizará a investigação? Não Sim. Quais? CHTMAD Vila Real UCERN

ENTIDADE(S) QUE TUTELA(M) A INVESTIGAÇÃO

1. CHUSJ – Serviço: Neonatologia -UCIN

2. FMUP – Departamento: _____

3. Outra instituição. Qual? Escola superior de saúde de Viseu

ORIENTADOR (se aplicável)

Nome: Professor Mestre Manuel Pereira Cordeiro

Afiliação: ESSV Endereço eletrónico institucional: mcordeiro@essv.ipv.pt

PROFISSIONAL DE LIGAÇÃO (se aplicável - ver anexo)

Nome: Susana Salomé Sousa

Serviço: Neonatologia

ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Em trabalho académico? Não Sim Conferidor de grau? Não Sim

Síntese dos objetivos:

Objetiva-se, com recurso a um estudo qualitativo, compreender se os enfermeiros que exercem em UCIN têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto.

Determinar as medidas não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros para promover conforto em bebés prematuros em UCIN;

Conhecer as suas necessidades formativas acerca dos efeitos do ruído branco em bebés prematuros para promoção de conforto. Em UCIN.

Fundamentação ética (incluir informação sumária sobre o estado da arte, ganhos em conhecimento/ inovação, ponderação geral sobre benefícios/risco):

A utilização de ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais exige uma análise ética cuidadosa. Os potenciais benefícios incluem a promoção de conforto, regulação do sono e redução do estresse sensorial, contribuindo para o bem-estar do bebé. No entanto, devem ser considerados os riscos, como impacto no desenvolvimento auditivo e dependência sensorial. A proposta é inovadora por explorar uma intervenção não farmacológica, alinhada com a humanização dos cuidados neonatais. Tendo em conta os princípios de beneficência e não maleficência, é essencial minimizar os riscos com protocolos adequados e respeitar a autonomia parental, promovendo decisões informadas e equitativas.

PARTICIPANTES PREVISTOS PARA A INVESTIGAÇÃO

Estão definidos critérios de inclusão / de exclusão de doentes? Não Sim

Onde e como serão recrutados os participantes no estudo?

Enfermeiros a exercer funções em neonatologia

Qual é o tamanho amostral? entre 10 a 15.

Está prevista a recolha de material biológico específico para a investigação?

Não Sim. Identifique e justifique:

BENEFÍCIO/RISCO DECORRENTE DA PARTICIPAÇÃO

Descreva os benefícios previsíveis:

Compreender se os enfermeiros que exercem em UCERN/UCIN têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco

Descreva os riscos/incómodos previsíveis:

Não se prespectivam riscos /incómodos.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Prevê a obtenção de consentimento informado? Sim Não

Se não, justifique: _____

Prevê informação escrita para os participantes? Sim. **Enviar modelo preenchido.**

Não. Justifique: _____

O modelo para obtenção de consentimento é o modelo institucional do CHUSJ? Sim Não

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Necessita consultar registos clínicos? Não Sim

Está previsto o tratamento de dados pessoais? Não Sim

Se sim, de que forma é garantida a pseudonimização dos dados recolhidos? (codificação, uso de filtros, siglas...)

A entrevista fenomenológica presencial, a agendar entre a investigadora e os participantes, após consentimento informado por parte dos mesmos, será gravada em áudio. São assegurados o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, dado que a equipa de investigação consagra, como obrigação, o dever do sigilo profissional. Por conseguinte, para garantir a anonimização e confidencialidade dos dados recolhidos, será mantido o anonimato de todos os participantes, sem registo de quaisquer dados de identificação pessoal; será atribuído um código a cada participante, com codificação de toda a informação, sem qualquer contingência de identificação. Os dados serão armazenados em computador pessoal com código secreto de alta segurança, sendo destruídos um ano após a conclusão do estudo.

Descreva o património informacional a que pretende ter acesso (v.g.: nome, idade, data nascimento, idade, morada, diagnóstico, história clínica, tratamento...):

- Idade
- Sexo
- Habilitações profissionais
- Tempo de serviço na profissão
- Tempo de serviço em Neonatologia

Está prevista a criação de um Banco de Dados? Não Sim

Está previsto o registo de som ou de imagem dos participantes? Não Sim

O estudo envolve investigação genética? Não Sim

PROPRIEDADE INTELECTUAL

De quem será a propriedade intelectual da investigação e seus resultados?

Investigador Promotor Serviço/CHUSJ Todos

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Está prevista a divulgação dos resultados da investigação? Não Sim

Se sim, estão definidos critérios de publicação? Não Sim. Quais? Relatório Final de Curso

CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Estão previstas contrapartidas para os participantes? Não Sim

Pela participação? Não Sim

Pelas deslocações? Não Sim

Pelas perdas salariais? Não Sim

Por outras perdas e/ou danos? Não Sim

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Estão previstos exames complementares de diagnóstico, para além dos inerentes à rotina assistencial?

Não Sim. Quais? _____

Por quem serão suportados estes custos?

Sem custos

PROTOCOLO FINANCEIRO

Existe protocolo financeiro com o CHUSJ? Não Sim

SEGURO

Este estudo prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

Não Sim (se sim, junte cópia da respetiva Apólice)

Data previsível para fim do acesso aos dados: 31 / 4 / 2026

DOCUMENTOS ANEXOS (em suporte digital)

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHUSJ
- Protocolo do estudo
- Caderno de recolha de dados (CRF)
- Declaração Diretor(es) Serviço(s)
- Informação Orientador
- Profissional de ligação
- Informação aos participantes
- Modelo de consentimento a utilizar
- Instrumentos de avaliação (*escalas, inquéritos*) **Guião de entrevista**
- Curriculum/a vitae (*investigador/es*)
- Questionário para Encarregado de Proteção de Dados (EPD)
- Termo de Responsabilidade do Centro Académico Clínico (*para investigadores da FMUP que não pertençam ao CHUSJ*)
- Protocolo financeiro
- Outros: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE***Aceitação dos termos e condições de reutilização***

Cumulativamente com as obrigações decorrentes da *Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, maxime dos n.º 2 e 3 do artigo 21 e o n.º 1 e 2 do artigo 12*, ao submeter o presente pedido, concordo e fico ainda juridicamente vinculado aos seguintes termos e condições:

- Comprometo-me a manter confidencial toda a informação à qual vou ter acesso;
- Após explicação do RAI do CHUSJ, embora a Lei 26/2016, de 22 de agosto, imponha como requisito a anonimização sem possibilidades de reversão, tal desiderato, é não só uma impossibilidade matemática já comprovada, como ainda resulta num prejuízo para a investigação, face à quantidade e à qualidade da informação a retirar à fonte, razão pela qual, concordando com o RAI, assumimos como compromisso a pseudonimização, o que impõe uma avaliação e gestão do risco, num quadro ético-jurídico que aceitamos e nos comprometemos a colaborar e respeitar;
- Não vou elaborar registos, suscetíveis de identificar ou tornar identificável a identidade das pessoas a quem os mesmos dizem respeito;
- Comprometo-me a consultar os processos clínicos nos termos e locais que me forem indicados para o efeito;
- Tomei conhecimento, que a violação de qualquer dos compromissos aqui assumidos, poderá resultar no apuramento de responsabilidades disciplinares, civis e penais, e ainda, à impossibilidade futura de aceder a informação de saúde para fins de investigação.
- Independentemente de requerer a Certidão de Reutilização, DAta REuse Certificate for Research (DARE), comprometo-me a citar as fontes, sempre que publicitar, no todo ou em parte, resultados da presente investigação.

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, Ana Raquel Barros Vaz,
abaixo assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes na Declaração de Helsínquia (1960, e sucessivas emendas), da Organização Mundial de Saúde, da Convenção de Oviedo e das 'Boas Práticas Clínicas' (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CE de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CE o relatório final da investigação, assim que concluído.

Data: 27 / 12 / 2024

Ana Raquel Barros Vaz
assinatura

COMISSÃO DE ÉTICA CHUSJ/FMUP

Parecer da CE, emitido na reunião plenária de ___ / ___ / ___

RAI

RAI - Responsável pelo Acesso à Informação no Centro Hospitalar Universitário de São João (Art. 9º, Lei 26/2016 de 22 de Agosto)

CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR

Parecer da Comissão de Ética do
Centro Hospitalar Universitário de São João
Unidade Local de Saúde de São João

Título do Projeto: Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto

Nome da Investigadora Principal: Enf.^a Ana Raquel Barros Vaz (enfermeira na ULS Trás-os-Montes e Alto Douro). Será co-investigador o Prof. Manuel Pereira Cordeiro (Escola Superior de Saúde de Viseu).

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Neonatologia da ULS de São João. Apresentou declaração do Dr. Henrique Soares. A profissional de ligação será a Enf.^a Susana Salomé Sousa, apresenta respetiva declaração.

Objetivos do Estudo:

Compreender se os enfermeiros que exercem em UCIN têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto.

Determinar as medidas não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros para promover conforto em bebés prematuros em UCIN.

Conhecer as suas necessidades formativas acerca dos efeitos do ruído branco em bebés prematuros para promoção de conforto em UCIN.

Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Viseu, sob orientação do Prof. Manuel Pereira Cordeiro (apresenta declaração respetiva).

Conceção e Pertinência do estudo:

O estudo é pertinente e adequado, porquanto consta no protocolo submetido à CE: "Verificando-se, uma carência investigativa na área, nomeadamente em Portugal, pretende-se com este trabalho acrescentar informação válida no que respeita a esta operacionalidade dos efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto. Neste pressuposto, objetiva-se, com recurso a um estudo qualitativo, compreender se os enfermeiros que exercem em UCERN/UCIN têm conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto".

A população do estudo são enfermeiros a exercer funções em neonatologia, numa amostra estimada de 10 a 15. Para a escolha/seleção dos participantes, utilizar-se-á a técnica de amostragem de conveniência.

Será usado um guião de entrevista fenomenológica. A entrevista iniciar-se-á com a apresentação da investigadora e do estudo, assinatura do consentimento informado escrito por parte dos participantes, com breve recolha de informação referente ao perfil sociodemográfico, seguidas de perguntas de desenvolvimento de características abertas, em que os participantes poderão expressar-se livremente sobre o assunto em estudo. A entrevista terminará com a conclusão, agradecimentos e despedida. Esta será gravada e, a posteriori, será realizada uma análise fenomenológica.

No entanto, no Formulário da Entidade de ensino é referido a aplicação de questionários online (ver observações).

Benefício/risco:

A investigadora não prevê riscos ou incómodos decorrentes da participação no estudo, além da disponibilidade de tempo para realização de entrevistas.

Confidencialidade dos dados:

Para garantir a anonimização e confidencialidade dos dados recolhidos, será mantido o anonimato de todos os participantes, sem registo de quaisquer dados de identificação pessoal; será atribuído um código a cada participante, com codificação de toda a informação, sem qualquer contingência de identificação. Os dados serão armazenados em computador pessoal com código secreto de alta segurança, sendo destruídos um ano após a conclusão do estudo.

Apresentou a 'avaliação sobre o impacto da proteção de dados' para o EPD.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: Apresenta documento de informação ao participante e modelo de consentimento informado da ULS de São João (ver observações).

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: 28 de fevereiro de 2025

OBSERVAÇÕES:

1 – Na metodologia do estudo a investigadora refere que a recolha de dados será realizada através de entrevistas, com gravação de áudio. No entanto num documento descritivo para a Comissão de Ética da Entidade de Ensino, refere a opção de realizar a recolha de dados por questionário aplicado online, com consentimento tácito.

Alerta-se para a relevância de num estudo, a metodologia de recolha de dados ser clara e equilibrada entre todos os participantes.

1.1 - Entrevista semiestruturada e gravada é amplamente distinta da aplicação de um questionário de autopreenchimento, aplicado à distância, podendo esta condição comprometer a coerência dos dados recolhidos, assim como dificultar o alcance de conclusões válidas;

1.2 – Caso seja possível recolher os dados por um questionário, questiona-se qual a relevância de gravar o áudio de entrevistas para posterior análise das respostas, agrupando com dados de questionários; além disso, deve ser submetido para avaliação o modelo de questionário a enviar ao participante;

1.3 – Caso a investigadora opte pela aplicação de questionário preenchido online, deve ficar clara a informação no protocolo sobre quais os contactos a utilizar para envio dos questionários e como assegurar o seu anonimato. Lembra-se que é descrito que não serão recolhidos quaisquer dados de identificação dos participantes, informação que deve ser otimizada nesta condição.

2 – Consentimento informado

2.1 – Existe uma duplicação não necessária de consentimento informado. O modelo da ULS é suficiente, sendo acompanhado pela informação ao participante em conformidade com a participação no estudo;

2.2 – No modelo de Consentimento Informado da ULS apresentado, está indicado que a informação ao participante contém 3 páginas, o que não corresponde ao documento apresentado em anexo (1 página, sendo uma 2ª página unicamente para assinatura da investigadora).

3 – Informação ao participante

A informação ao participante apresenta-se fundamentalmente como uma declaração do mesmo e não uma comunicação do investigador dirigida aos participantes do estudo.

3.1 – Orienta-se para a otimização do documento; completar a informação sobre em que consiste efetivamente a participação no estudo

. A realização de entrevistas ou preenchimento de questionário?

. Caso seja aplicado questionário online, é importante esclarecer que endereço eletrónico do participante será utilizado e como será tratado esse dado confidencial garantindo o anonimato;

. Lembra-se que deve ser clara a informação sobre a gravação das entrevistas e esclarecer que serão destruídas um ano após o estudo concluído;

. Alerta-se ainda para a necessidade de incluir informação sobre a participação no estudo ser voluntária e que mesmo após o início do estudo poderá o participante retirar o seu consentimento e interromper a participação sem que daí resulte algum prejuízo.

. Deve ser identificado o Encarregado de Proteção de dados da ULS São João e respetivo contacto, assim como esclarecer que o estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da ULS São João.

(o conteúdo relevante para um documento de informação ao participante, poderá ser consultado na documentação disponível na página da CES da ULS).

4 - O início do estudo só poderá ser posterior à aprovação do estudo, sugerindo à investigadora a revisão do prazo proposto para permitir o alcance dos objetivos do estudo.

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização do estudo, após esclarecimento cabal das questões colocadas em observações e otimização de todos os documentos indicados.

Porto, 24 de janeiro de 2025

A Relatora da CE, Enf.ª Gisela Lima



Declaração

Para os devidos efeitos declaro que o estudo 'Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto', apresentado a esta Comissão de Ética pela Enf.^a Ana Raquel Barros Vaz, foi submetido com a referência CE-06-25, e foi aprovado a 4 de abril de 2025.

Porto e Unidade Local de Saúde de São João, 11 de abril de 2025

Pedro Brito, Secretário da CE da ULS de São João



Pedido de Declaração

Realização de Investigação

n.º _____ / _____

Exmo(a). Senhor(a) Diretor(a) do Serviço de Neonatologia

Nome do Investigador Principal:
Ana Raquel Barros Vaz

Título da Investigação:
Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto.

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no Centro Hospitalar Universitário de São João, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a emissão de declaração abaixo indicada.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador

Porto, 10 de Dezembro de 2024

Ana Raquel Barros Vaz
assinatura

Para ser presente à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João, declaro que o Serviço de Neonato gic reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço.

Porto, 11 de Dezembro de 2024

O(A) Diretor(a) de Serviço

H. Soares
assinatura
- Centro Hospitalar de São João -
Serviço de Neonatologia
Dr. Henrique Soares
O.M. n.º 42230
Diretor

Declaração

n.º _____ / _____



SÃO JOÃO

Profissional de Ligação

(para investigadores que não pertençam ao CHUSJ)

Nome do Investigador Principal:

Ana Raquel Barros Vaz

Instituição a que pertence o Investigador Principal:

ULSTMAD

Título da Investigação:

Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto

Serviço onde pretende realizar a Investigação:

Neonatologia -UCIN

De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde que fará a ligação do investigador com os doentes, seus familiares ou processos é:

(nome completo) Susana Salomé Sousa

(n.º mecanográfico) 14401 , (categoria profissional) Enfermeira Especialista

(e-mail institucional) u014401@chsj.min-saude.pt ,

o qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota Informativa da CE intitulada "Profissional de Ligação".

Porto, 4 de Dezembro de 2024 .

O Profissional de Ligação

O Investigador Principal

Susana Salomé Sousa
assinatura

Ana Raquel Barros Vaz
assinatura

O “PROFISSIONAL DE LIGAÇÃO”

NOTA INFORMATIVA DA CE

O Centro Hospitalar Universitário de São João recebe, hoje, muitos pedidos para realização de estudos de investigação, por investigadores que não pertencem a esta Instituição. Torna-se indispensável, nestas circunstâncias, acautelar os direitos dos doentes e, bem assim, a confidencialidade devida aos seus dados pessoais, para que os mesmos não possam ser revelados sem o respetivo consentimento.

Para responder a esta questão, a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João criou a figura do “Profissional de Ligação” que corresponderá ao profissional de saúde que aceita assumir a responsabilidade de fazer a ligação do doente ao investigador não pertencente ao Centro Hospitalar Universitário de São João.

O “Profissional de Ligação” deve assim ser um profissional da equipa de saúde do doente, conhecedor pela inerência das suas funções assistenciais dos dados pessoais do doente que acompanha.

Ao “profissional de ligação” competirá efetuar um contacto prévio com o doente. Neste contacto terá como tarefa primordial informar o doente:

- 1.** Do interesse do investigador em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo
- 2.** Dos direitos que lhe pertencem para, livremente, aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito
- 3.** De que será, enquanto “profissional de ligação”, o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa

Só depois desta anuência do doente é que será possível o investigador aceder à entrevista com o doente e, então, iniciar toda a dinâmica inerente ao processo que conduzirá a um eventual consentimento do doente a participar no estudo.



DECLARAÇÃO

Manuel Pereira Cordeiro, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, declara para efeitos de apresentação à Comissão de Ética da ULS São João, Porto, que é orientador da estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ANA RAQUEL BARROS VAZ, com o projeto de investigação para o seu Relatório Final de Mestrado tem o título: _____

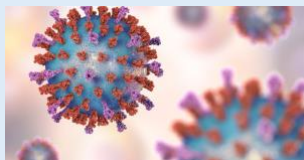
_____.

Viseu, 28 de novembro de 2024

O Docente,

Prof. Manuel Pereira Cordeiro, MSc

Apêndices



Vírus Sincicial Respiratório (VSR) nas crianças

UM SUPERPODER DERROTADO POR UM SUPER-HERÓI !!!



Em Portugal, os meses frios de inverno são os meses típicos de **infecção por VSR - Vírus Sincicial Respiratório**, uma doença sazonal e mais comum nos meses de novembro a março.

Principais sintomas a que deve estar atento e saiba como ajudar o seu filho a prevenir a infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório.

Inicia frequentemente com sintomas de constipação:

- ❖ Congestão nasal
- ❖ Corrimento nasal
- ❖ Tosse

Outros sintomas e sinais de gravidade:

- ❖ Febre alta (ou qualquer valor de febre até aos 3 meses)
- ❖ Prostração
- ❖ Irritabilidade
- ❖ Vômitos
- ❖ Não se alimentar
- ❖ Urinar pouco



Dois a três dias depois quadro pode progredir para uma infecção respiratória baixa:

- ❖ bronquiolite ou pneumonia viral, com risco de agravamento nos dias seguintes.

A criança com bronquiolite por VSR apresenta sinais de dificuldade respiratória, como:

- ❖ Respiração ofegante
- ❖ Covas no pescoço, entre costelas ou abaixo das costelas
- ❖ Gemido
- ❖ Balanceio da cabeça
- ❖ Abertura das asas do nariz
- ❖ Respiração irregular
- ❖ Lábios azulados



“Vacina” do VSR – PROTEJA O SEU FILHO!!!

No verão de 2024 foi aprovado, em Portugal, o anticorpo monoclonal - nirsevimab - para a época 2024/2025, administrado desde outubro de 2024.



Apêndice II.**Investigadora:** Ana Raquel Barros Vaz**Orientador:** Professor Mestre Manuel Cordeiro**Curso:** 1º Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, grau de mestre (MESIP)

Tema: Efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Enfermeiro(a),

Estamos a realizar um estudo sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros na unidade de cuidados intensivos neonatais: promoção de conforto, e tendo em conta que a evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, reveste-se de elevada importância a sua colaboração através das suas respostas a esta entrevista.

Asseguramos que, neste estudo, será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois o investigador consagra como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre a temática em investigação para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

- Declaro ter sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **aceito a participação** neste estudo:

Vila Real/Porto, ___ / ___ / 2024/25

Assinatura do participante:

Declaro que prestei **a informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Assinatura da Investigadora:

Apêndice III

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: GUIÃO DA ENTREVISTA

BLOCOS	OBJETIVOS	QUESTÕES/ASSUNTOS
Legitimação da entrevista e garantia de confidencialidade	Legitimar a entrevista e assegurar a confidencialidade das informações.	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer o(a) entrevistado(a) sobre a temática da entrevista. - Indicar os objetivos da entrevista pedindo a colaboração do entrevistado(a). - Garantir que as informações são confidenciais e que apenas serão utilizadas no âmbito desta investigação.
Caraterização dos enfermeiros	Caraterizar os enfermeiros do ponto de vista sociodemográfico e profissional.	<ul style="list-style-type: none"> - Idade? - Sexo? - Habilitações profissionais? - Tempo de serviço na profissão? - Tempo de serviço em Neonatologia?
Conhecimentos e práticas dos enfermeiros sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto	Compreender os conhecimentos sobre os efeitos do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto.	<ul style="list-style-type: none"> - Na sua opinião, o que causa mais desconforto (stresse) nos RN na UCERN/UCIN? O que faz para minimizar o desconforto/stresse? - No serviço de Neonatologia, quais são as medidas não farmacológicas utilizadas para promover conforto no RN, por exemplo, quando são submetidos a vários procedimentos invasivos e dolorosos durante a sua estadia na UCERN/UCIN? - Entre as medidas não farmacológicas referidas, quais considera serem mais promotoras de conforto ao RN? Por quê? - Tem conhecimento do ruído branco em bebés prematuros, como medida não farmacológica de promoção de conforto? Explícite, caso saiba. - Na sua prática profissional, já utilizou ruído branco para promover o conforto de bebés prematuros? Se sim, como o fez e qual foi o seu raciocínio para adotar essa medida não farmacológica de promoção de conforto? Que efeitos observou no bebé? - Quais benefícios que acredita que o ruído branco pode proporcionar aos bebés prematuros, com base na sua experiência ou conhecimento? - Existe algum protocolo ou orientação institucional sobre o uso de ruído branco em bebés prematuros na UCERN/UCIN onde trabalha? - Quais os fatores que considera importantes ao decidir se o ruído branco é uma intervenção apropriada para um bebé prematuro na UCERN/UCIN onde trabalha? - Recomenda o uso de ruído branco para todos os bebés prematuros ou existem situações em que ele deve ser evitado? Se sim, quais são essas situações? - Já frequentou alguma formação sobre o uso de medidas não farmacológicas para promover o conforto de bebés prematuros, incluindo o ruído branco? Se não, gostaria que a mesma fosse promovida em serviço? - De que forma considera que a equipa de enfermagem poderia beneficiar de mais informações ou treino sobre o uso do ruído branco e outras intervenções não farmacológicas para bebés prematuros?

Encerramento da entrevista	Proceder ao encerramento da entrevista.	<ul style="list-style-type: none">- Pedir ao entrevistado(a) para explicar outros aspetos vivenciados por si que considere relevantes e ainda não tenha surgido ao longo da entrevista.- Agradecer a participação do(a) entrevistado(a).
-----------------------------------	---	---