

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA COM RELATÓRIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA GESTÃO DO *STRESS* PARENTAL

Beatriz Vicente Pedrosa

ORIENTAÇÃO
Professora Dra. Maria Eduarda Correia

Beja, JULHO de 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA COM RELATÓRIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA GESTÃO DO *STRESS* PARENTAL

Beatriz Vicente Pedrosa

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

ORIENTAÇÃO

Professora Dra. Maria Eduarda Correia

Beja, JULHO de 2025

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA GESTÃO DO *STRESS* PARENTAL

Beatriz Vicente Pedrosa

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Mestre e Especialista Marta Sofia Inácio Catarino

Orientador: Professora Doutora Maria Eduarda Fortes Correia

Data:

4 de JULHO de 2025

RESUMO

A parentalidade constitui um papel desafiante na potencialização de um crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Neste sentido, é considerada um marco relevante na vida adulta e descrita, muitas vezes, como a transição mais complexa do ciclo vital.

Aos pais é exigido, diariamente, uma constante adaptação ao crescimento da criança, sendo que o desenvolvimento saudável desta é, diretamente, influenciado pelo desempenho da parentalidade.

Embora seja considerado um processo recompensador são inúmeras as situações que, durante o exercício da parentalidade, potenciam fatores como o *stress*. Quando experienciado, de forma contínua e prolongada, o *stress* parental apresenta implicações tanto na criança como nos pais.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica compete o desenvolvimento e a implementação de intervenções que facilitem o processo da parentalidade e, consequentemente, a maximização da saúde da criança, através da minimização do impacto dos fatores stressores.

Decorrente deste pressuposto, tornou-se indispensável a prestação de cuidados especializados, através do desenvolvimento e aplicação de diversas intervenções, de acordo com o preconizado na metodologia de projeto, através de uma abordagem estruturada e orientadora, tendo em conta a temática central do projeto, a gestão do *stress* parental.

No presente relatório de estágio encontra-se descrito o percurso desenvolvido, nos diferentes contextos de estágios, assim como, uma análise crítica e reflexiva não só da aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP, mas também de Mestre**.**

Palavras-chave: Pais, Parentalidade, *Stress*, Gestão, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Parenting represents a challenging role in fostering the healthy growth and development of the child. In this sense, it is considered a significant milestone in adult life and is often described as the most complex transition within the life cycle.

Parents are required to constantly adapt to their child's growth, as the child's healthy development is directly influenced by the quality of parenting.

Although considered a rewarding process, there are numerous situations throughout parenthood that may increase *stress* levels. When experienced continuously and over prolonged periods, parental *stress* has implications not only for the child but also for the parents.

It is the responsibility of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing to develop and implement interventions that support the parenting process and, consequently, contribute to maximising the child's health by minimising the impact of *stress* factors.

Based on this assumption, the provision of specialised care became essential, through the development and implementation of various interventions, aligned with the principles of project methodology, using a structured and guiding approach focused on the central theme of the project: the management of parental *stress*.

This internship report describes the path taken across the various training contexts, as well as a critical and reflective analysis of the acquisition of both the common and specific competencies of the Specialist Nurse, and those of a Master's degree holder in Nursing.

Keywords: Parents, Parenthood, *Stress*, Management, Child and Pediatric Health Nursing

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial ao meu João, pelo apoio incansável, nesta que foi a maior prova ao nosso amor. Obrigada por carregares os meus medos e as minhas preocupações, quando se tornava demasiado para o conseguir fazer sozinha. Obrigada pelo teu amor.

Aos meus pais, eles que sempre fizeram os possíveis e impossíveis para me darem este mundo e o outro, mas principalmente por serem a fonte ilimitada de amor, um obrigado não chega. À minha irmã, por ser sempre e para sempre a minha maior cúmplice, mesmo sem precisarmos de palavras. À minha avó, que sempre me incentivou a conquistar tudo, como sempre diz "podes ser pequenina, mas chegas onde chegam os grandes".

Às minhas melhores amigas, Babi, Kate, Lena e Mi, que mesmo com a minha ausência, tiveram sempre a disponibilidade para, apesar da distância, cuidarem de mim. Obrigada do fundo do meu coração, por serem luz na minha vida.

À Laureana e ao Manuel, meus queridos sogros, pelas palavras de carinho e incentivo, por serem pessoas excecionais, uma inspiração pessoal e profissional.

Às minhas colegas que se tornaram amigas, Ana e Patrícia, por partilharmos este amor pela Pediatria obrigada por todas as palavras de ânimo e conforto.

À minha Gabi e Teresinha, por nos apoiarmos e motivarmo-nos, na montanha russa que foi esta jornada. Obrigada pela amizade, que carinhosamente apelidei, a nossa parceria de cuidados, esta que transcendeu para as nossas vidas, hoje e para sempre.

À minha querida equipa da cirurgia geral, pelas mil e uma trocas e por me aturarem nos meus picos de adrenalina provocados quer pelo excesso de cafeína, quer pela privação de sono. Ainda que o "mundo dos pequeninos" não fosse o deles, apoiaram-me incansavelmente neste, que é o meu.

Expresso o meu profundo agradecimento pela orientação, encorajamento e carinho incondicional à Professora Doutora Maria Eduarda Correia, que sempre incentivou ao meu melhor desempenho ao longo de todo este percurso de aprendizagem.

A todos os profissionais com quem tive a oportunidade de cruzar durante o meu caminho nesta jornada, com um especial agradecimento às supervisoras clínicas, nos diferentes contextos, pela disponibilidade, as partilhas de conhecimento e o entusiasmo na aplicabilidade do meu projeto.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todos os pais das crianças com quem tive a oportunidade de contactar, por me permitirem apoiá-los, quando a prioridade é sempre o bem-estar dos filhos.

ÍNDICE

Resumo IV
Abstract V
Agradecimentos VI
Índice VII
Índice De Figuras XI
Índice De Tabelas XII
Índice De Gráficos XIII
Lista De Abreviaturas E Siglas XIV
1 Introdução 16
2 Enquadramento Conceptual 21
2.1 Parentalidade 21
2.2 Stress Parental 23
2.2.1 Stress Parental E Os Cuidados De Saúde 27
2.2.2 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Gestão do Stress Parental 28
3 Enquadramento Teórico 32
3.1 Teoria de transições de Afaf Meleis 32
4 Metodologia 39
4.1 Metodologia de Projeto 39
4.2 Percurso Formativo 43
4.2.1 A Gestão Do Stress Parental Numa Unidade De Saúde Familiar 43
A. Descrição Do Contexto De Estágio Numa Unidade De Saúde Familiar 44
B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP 47
C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção 47
4.2.2 A Gestão Do Stress Parental Num Serviço De Internamento De Pediatria 54
A. Descrição Do Contexto De Estágio Num Serviço De Internamento De Pediatria 54
B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP 57
C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção 59
4.2.3 A Gestão Do Stress Parental Num Serviço De Urgência Pediátrica 63
B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP 66

C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção 68
4.2.4 A Gestão Do Stress Parental Numa Unidade De Neonatologia E Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais 70
A. Descrição Do Contexto De Estágio Numa Unidade De Neonatologia E Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais 71
B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP 73
C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção 75
5 Análise Reflexiva Das Competências Adquiridas 78
5.1 Análise Reflexiva Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista 79
5.1.1 Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética E Legal 79
5.1.2 Domínio Da Melhoria Contínua da Qualidade 81
5.1.3 Domínio Da Gestão Dos Cuidados 84
5.1.4 Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais 85
5.2 Análise Reflexiva Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Saúde Infantil E Pediátrica 86
5.2.1 Assiste A Criança/Jovem Com A Família, Na Maximização Da Sua Saúde 87
5.2.2 Cuida Da Criança/Jovem E Família Nas Situações De Especial Complexidade 89
5.2.3 Presta Cuidados Específicos Em Resposta Às Necessidades Do Ciclo De Vida E De Desenvolvimento Da Criança E Do Jovem 91
5.3 Análise Reflexiva Das Competências De Mestre 93
6 Considerações Finais 95
Referências Bibliográficas 97
Anexo A 128
Pedido de Apreciação à Comissão de Ética 128
Anexo B 132
Parecer Positivo da Comissão de Ética 132
Anexo C 134
2as Jornadas de Enfermagem 134
Anexo D 136
Certificado do II Encontro de Pediatria No Alentejo 136
Anexo E 138
Certificado dos Cursos de Enfermagem II Encontro De Pediatria No Alentejo 138
Anexo F 140
Formação Profissional de Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica 140
Anexo G 142

Certificado SAVPED 142
Anexo H 144
Certificado 5.º Seminário NIDCare – "Investigar em Neonatologia: A problemática do stress do recém-nascido 144
Anexo I 146
Certificado De Participação Na Aula Aberta "Cuidados para promoção do desenvolvimento do recém-nascido prematuro" 146
Anexo J 148
Certificado de apresentação póster científico "Risco de engasgamento na alimentação complementar 148
Apêndice A 150
Cronograma Geral das Etapas do Projeto 150
Apêndice B 152
Cronograma das Atividades Desenvolvidas 152
Apêndice C 155
Sessão de Formação "Stress na Parentalidade – Durante o Desenvolvimento Infantil" 155
Apêndice D 157
Questionário de Diagnóstico 157
Apêndice E 161
Questionário de Avaliação da Sessão de Formação 161
Apêndice F 165
Plano de Sessão de Formação 165
Apêndice G 167
Folheto "Stress na Parentalidade – Guia Informativo" 167
Apêndice H 169
Vídeo Stop Motion 169
Apêndice I 171
Pedido de Transmissão do Vídeo Stop Motion 171
Apêndice J 173
Estudo de Caso 173
Apêndice K 175
Sessão de Formação "Stress na Parentalidade" (suporte físico) 175
Apêndice L 177
Sessão de Formação "Stress na Parentalidade" (suporte informático) 177
Apêndice M 179
Folheto "Stress na Parentalidade – Durante a Hospitalização" 179
Apêndice N 181

Cartaz "Stress na Parentalidade (infográfico)" 181
Apêndice O 183
Vídeo "Stress na Parentalidade" 183
Apêndice P 185
Folheto "A Febre em Idade Pediátrica" 185
Apêndice Q 187
Cartaz "A Febre em Idade Pediátrica" 187
Apêndice R 190
Protótipo da Aplicação 190
Apêndice S 192
Aplicação 192
Apêndice T 194
Cartaz Informativo 194
Apêndice U 196
Plano de Sessão "Gestão do Stress Parental -Na Unidade de Neonatologia" 196
Apêndice V 198
Sessão de Formação "Gestão do Stress Parental -Na Unidade de Neonatologia" 198
Apêndice X 200
Dinâmica de Grupo 200
Apêndice Y 202
Questionário Avaliação de Sessão – Gestão do Stress Parental 202

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Conceito de stress por Selye 24
Figura 2 "Parent and child personality and pathology factors that contribute to parenting stress" 25
Figura 3 Adaptação do Modelo da Teoria das Transições de Afaf Meleis na Intervenção do EEESIP na Gestão do Stress Parental..... 38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Grupo específico de crianças inscritas na ARS Alentejo – CSP ULS..... 45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Análise dos resultados do "Questionário de Avaliação da Sessão de Formação" 50
Gráfico 2 Análise dos resultados do "Questionário de Diagnóstico" 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF – Modelo de Cuidados Centrados na Família

CESIJ – Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Estudo de Caso

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

e.g. – Exemplo

GHAF - Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

ICN – International Council of Nurses

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

pp. – Páginas

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SO – Sala de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica

ULS – Unidade Local de Saúde

UN/UCIN – Unidade de Neonatologia/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

1 INTRODUÇÃO

A aquisição de competências conducentes ao grau de mestre é determinada pelo desenvolvimento e pela aplicação do conhecimento, em diversos contextos, com "(...) recurso à atividade de investigação (...) e (...) de inovação (...)" (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4164), fomentando soluções para a resolução de problemas.

Do mesmo modo, é necessária, uma reflexão contínua da aplicabilidade dos conhecimentos no âmbito das "(...) implicações e responsabilidades éticas e sociais (...)" (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4164).

Os constantes avanços científicos exigem uma melhoria incessável no desenvolvimento de cuidados de enfermagem mais específicos e diferenciados. A atribuição do título de Enfermeiro Especialista (EE), pressupõem que este preste cuidados especializados com recurso a competências científicas, técnicas e humanas, em cada área de especialidade, de acordo com o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 140/2019).

Assim, inserido na Unidade Curricular (UC) - Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, emerge o presente relatório de estágio.

O mesmo apresenta a compilação da descrição do percurso formativo, com a implementação do projeto de intervenção, nos diferentes contextos de estágio, assim como, a reflexão sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem, comuns de EE e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

O desenvolvimento do presente relatório de estágio assenta na Metodologia de Projeto, sendo que esta se encontra alicerçada na "(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.", com o desígnio de criar uma ligação entre a teoria e a prática, a fim de se obter "(...) uma prática fundamentada e baseada em evidência" (Ruivo et al., 2010, p. 2).

Projetar sobre um determinado tema, permite investigá-lo ou estudá-lo e analisá-lo, com o intuito da resolução de um ou mais problemas, através de intervenções, que têm em consideração e preocupação, os intervenientes. Objetiva-se, então, à luz da evidência científica mais recente, a modificação da realidade dos intervenientes (Ruivo et al., 2010).

A prestação de cuidados à criança e à sua família, binómio indissociável, visa dar resposta às suas reais necessidades, prevenindo a doença e promovendo a saúde. Esta filosofia de cuidados consagra a valorização da família, principalmente dos pais, como parceiros ativos e os melhores prestadores de cuidados à criança (OE, 2010; OE, 2017).

A criança é considerada como um ser vulnerável e frágil, totalmente dependente de outros, principalmente dos pais (Angelo, 2016; Estevão et al., 2016; Lotz, 2017).

A parentalidade é um processo complicado, caracterizado pelos desafios diários e pelas exigências dos cuidados e, que envolve as relações dos pais com as crianças em desenvolvimento. Este processo é descrito, muitas vezes, como a tarefa mais recompensadora da vida adulta (Crnic & Low, 2002; Mackler et al., 2015). Do mesmo modo, a OE (2015), corrobora o descrito anteriormente, considerando a parentalidade como "(...) a mais importante questão de saúde pública que a nossa sociedade enfrenta" (p. 9).

A vida quotidiana de uma família é pautada por situações positivas e negativas. Algumas geram a alegria e satisfação necessárias e proporcionam, aos pais, segurança no desempenho do seu papel parental. Outras, pelo contrário, poderão desencadear dúvidas e *stress* junto dos mesmos e levá-los a duvidar do seu exercício parental (Bornstein, 2019).

Deste modo, o exercício da parentalidade, encontra-se sujeito a diversas alterações e adaptações. Estas são incitadas por diversas situações, tais como os comportamentos das crianças ou as tarefas diárias da parentalidade. Ademais, quando estas situações se coadunam com outras da vida diária do adulto, tornam-se fatores promotores de *stress* (Crnic & Coburn, 2019; Crnic & Low, 2002).

A responsabilidade moral dos pais para cuidar e proteger a sua criança, quer em situações normativas do dia a dia, quer em situações mais específicas, como por exemplo o adoecimento da criança, também os torna vulneráveis (Costa et al., 2019; Lotz, 2017).

Neste sentido, considerando o escopo dos cuidados em enfermagem pediátrica, os cuidados centrados na família, é imperativo que o EEESIP reconheça também a vulnerabilidade parental. Assim, deve ser prestado aos pais o apoio necessário para o desenvolvimento do seu papel parental (Costa et al., 2019; Lotz, 2017; OE, 2017).

A temática selecionada para a realização do relatório e que norteou o projeto desenvolvido nos diferentes contextos de estágio foi o *stress* dos pais.

A implementação deste projeto permitiu compreender quais as estratégias a serem utilizadas, de forma que se proporcione aos pais o apoio necessário para lidarem com o *stress*. A pertinência desta temática surge da observação, na esfera profissional e pessoal, de situações incitadoras de *stress* nos pais de crianças.

O vínculo estabelecido entre o binómio, criança e pais, é uma componente fulcral em todas as etapas de desenvolvimento, assim como na saúde da criança (Cruz, 2013; Jeong et al., 2021; OE, 2015).

A transição do processo de saúde para doença, nas crianças, torna-as, vulneráveis. Nos pais provoca, consequentemente, elevados níveis de ansiedade e *stress*. Estes sentimentos surgem em virtude

de todas as questões sobre a multiplicidade da condição de saúde da criança, assim como, da evolução do processo de doença, nomeadamente, com a necessidade ou não de internamento (Costa et al., 2019; Meleis et al., 2000).

Neste sentido e, dado que o *stress* parental pode comprometer o desenvolvimento infantil, torna-se pertinente desenvolver a problemática do stress dos pais, seguindo como linha de investigação a "Intervenção do EEESIP na Gestão do *Stress* Parental.

A profissão de enfermagem tem apresentado uma evolução significativa no seu exercício profissional, através da adaptação de uma lógica mais conceptual e menos executiva (Silva, 2007). Assim, objetiva-se uma necessidade crescente de adaptação às respostas humanas, devido às transições geradas por processos normais de desenvolvimento ou por eventos significativos, como a mudança no estado de saúde (Meleis et al., 2000).

A necessidade de adaptação aos diversos processos de transição exige ao profissional, durante a sua prática, o uso de uma lógica conceptual, através da procura e aplicação de novo conhecimento, isto é, a prática baseada na evidência e da teoria de enfermagem (Silva, 2007).

Neste sentido, definimos como modelo teórico, que contempla e complementa a temática elegida, o modelo da Teoria das Transições desenvolvido por Afaf Meleis. Os estudos desenvolvidos por Meleis (2010), focaram-se em diversos tipos de transição, incluindo o planeamento da transição para a parentalidade, o decurso do papel parental e o processo de decisão, no íntimo de uma família, sobre a importância da comunicação e da interação conjugal no planeamento, consoante o número de filhos.

As transições são processos dinâmicos que envolvem não só as mudanças individuais, assim como, uma mudança nos relacionamentos e nas interações com o ambiente. Ao ser sujeito a uma, ou mais transições, é expectável que cada pessoa incorpore e desenvolva novos conhecimentos, altere comportamentos e redefina a sua conduta no contexto social (Meleis et al., 2000).

Todas as transições desencadeiam uma mudança e, para que seja possível compreendê-la é fulcral, não apenas identificar os seus efeitos, mas também o significado intrínseco a cada indivíduo, família ou grupo (Meleis, 2010).

Além disso, também considerámos como suporte teórico o Modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF) e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, ambos considerados como alicerces da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica.

A premissa intrínseca aos CCF e ao Modelo de Parceria de Cuidados é a parecia entre as famílias e os profissionais de saúde, no qual os cuidados prestados à criança envolvem, ativamente, os pais e os profissionais de saúde, através da negociação e da relação recíproca na prestação de cuidados, a fim de

estes serem os melhores cuidados prestados (Cerqueira & Barberi-Figueiredo, 2020; Monteiro & Cerqueira, 2020).

O percurso formativo compreende a realização de um Estágio profissional, que deve ser descrito num relatório final (Decreto-Lei n.º63/2016). Perante isto, o estágio realizado, decorreu em quatro contextos diferentes, nomeadamente, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), num Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e numa Unidade de Neonatologia/Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UN/UCIN).

Em todos os contextos de Estágio foram definidos objetivos gerais e específicos, assim como, desenvolvidas as atividades planeadas no projeto de intervenção e que permitiram a aquisição de competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de Mestre em Enfermagem.

O plano de estudos que inclui esta UC tem como objetivo o desenvolvimento do conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas, cujo propósito é a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família, para a maximização da sua saúde e em situações complexas.

De forma a relatar as atividades desenvolvidas para o processo de aquisição de competências foi elaborado o relatório. Assim, este relatório tem como objetivo geral, a aquisição de competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de Mestre em Enfermagem através do desenvolvimento do conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas, a fim de prestar cuidados especializados à criança em parceria com a família, nos diferentes contextos de estágio. Os objetivos específicos são:

- Descrever de forma concisa o percurso realizado nos diferentes locais de estágio, assim como as atividades desenvolvidas, de acordo com o projeto de intervenção;
- Analisar de forma reflexiva a aquisição e desenvolvimento das competências do EE, EEESIP e das competências de Mestre em Enfermagem.

Quanto à estrutura do documento, este encontra-se organizado por seis capítulos. Inicia-se com a introdução, o primeiro capítulo, na qual é realizada uma contextualização da pertinência da temática escolhida, assim como, onde se definem os objetivos do relatório.

Em seguida, no segundo capítulo, realiza-se um enquadramento conceptual, no qual são abordados os conceitos relacionados com a temática, através de uma fundamentação teórica, baseada na evidência mais recente, sobre a parentalidade, o *stress* parental e a intervenção do enfermeiro na gestão do *stress* parental. Posteriormente, no terceiro capítulo, enquadra-se teoricamente a problemática com recurso aos referencias teóricos que suportam o percurso realizado.

O quarto capítulo, refere-se à metodologia de projeto, onde está presente uma descrição aa sua aplicabilidade nos diferentes contextos de estágio, seguindo as diferentes etapas que a constituem, nomeadamente, diagnóstico de situação, objetivos e atividades planeadas e desenvolvidas para cada

contexto. O capítulo quinto descreve detalhadamente e analisa reflexivamente o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências, com a articulação das competências de Mestre, comuns de EE e específicas de EEESIP.

As considerações finais encontram-se no sexto capítulo e sintetizam todo o percurso formativo realizado, o cumprimento dos objetivos, os fatores limitadores e facilitadores e as aprendizagens adquiridas.

A estruturação organizacional, do presente relatório, segue as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos, do Instituto Politécnico de Beja (Sepanas et al., 2024).

As citações e referências encontram-se conforme as diretrizes preconizadas pela *American Psychological Association* (2020), sétima edição.

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Fortin et al. (2009), a investigação científica possibilita a aquisição de novos conhecimentos, através dos quais existe uma descrição e conceptualização de fenómenos, a fim de se obter respostas ao que se pretende aprofundar.

Em Enfermagem, a investigação adquire uma perspetiva sistemática, isto é, existe uma necessidade incessante de conhecimento, para que possam ser prestados os melhores cuidados. Como tal, recorre-se à evidência científica mais recente, alcançada através da investigação, para uma melhoria contínua da prestação de cuidados (Fortin et al., 1996).

Neste sentido, no enquadramento conceptual/fundamentação teórica pretendemos descrever e fundamentar, à luz da evidência científica mais recente, os conceitos centrais da parentalidade e do *stress* parental.

2.1 PARENTALIDADE

As crianças devido às suas características intrínsecas são consideradas seres vulneráveis. A conceção de vulnerabilidade remete à fragilidade e à dependência total das crianças, de outros, a fim de assegurar a sua sobrevivência (Santos et al., 2016).

O artigo 27.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (*United Nations Children's Fund* [UNICEF], 2019), preconiza que é da responsabilidade dos pais "(...) assegurar, dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança" (p. 22). São diversos os conceitos que podem ser atribuídos à responsabilidade que é conferida aos pais, frequentemente, designada como parentalidade.

A parentalidade, do inglês *parenting*, é um termo amplamente utilizado na literatura científica para descrever as interações entre pais e filhos (Gorin et al., 2016). Segundo Solis-Ponton (2004), o termo parentalidade pode ser fragmentado em duas perspetivas, a antropológica, referindo-se a um sistema de relações de parentesco dentro da mesma família e, do ponto de vista gramatical, o sufixo *"dade"*, remete à necessidade de um estudo dos vínculos de parentesco desenvolvidos.

No decurso da história, a par com a evolução do conceito de infância, a conceptualização de parentalidade apresentou diversas transformações. Inicialmente, a criação de descendência, através da união de duas pessoas (de sexos opostos), surgiu como uma aliança (Martins, 2013).

Só, a partir do século XVIII, é que começaram a surgir enunciados sobre a importância e a preocupação com o desenvolvimento e a educação, da criança (Solis-Ponton, 2004). No entanto, as

questões relacionadas com o processo de transição para a parentalidade, apenas começam a ser estudadas, no século XX (Martins, 2013).

Atualmente, o acesso a uma panóplia de informação, permite que os pais sejam cada vez mais informados sobre o desenvolvimento das suas crianças, assim como, pode impactar o estilo de parentalidade que adotam o que, consequentemente, influência o desenvolvimento da criança. O que se observa, nos dias de hoje, é que a parentalidade prioriza uma conexão emocional dos pais com as crianças, através de um ambiente de apoio e carinho para as mesmas, promovendo o seu bem-estar (Kurt, 2023; Scarzello et al., 2016).

A condição de ser pai ou mãe, por si só, não define, por completo, o conceito de parentalidade, uma vez que este implica, para além do vínculo biológico ou legal, a responsabilidade associada ao exercício desse papel (Barimani et al., 2017; Silva, 2004). Da perspetiva ética, o papel parental refere-se à responsabilidade para "tomar conta" da criança, garantindo proteção e carinho, de acordo com as necessidades específicas da mesma, de modo a assegurar um crescimento e desenvolvimento saudável, até que a mesma atinja a sua autonomia (Baumrind & Thompson, 2002; Lebovici, 2004; Nunes, 2020).

A parentalidade pode ser definida como "(...) comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças (...) que apoiam a transmissão da cultura e das tradições das gerações dos mais velhos para as novas gerações" (*Internacional Council of Nurses* [ICN], 2020, pp. 49, 94) e "(...) a interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados" (ICN, 2020, pp. 2, 94).

A transição para a parentalidade é considerada a transição mais desafiante e complexa do ciclo vital de cada indivíduo na idade adulta, assim como, é um marco relevante no processo de desenvolvimento da família (Cruz, 2013; Relvas, 1996).

No entanto, uma característica inerente à transição para a parentalidade, comparada com outras transições da vida adulta, é que esta é irreversível e uma condição permanente. Uma vez que se é pai, nunca se deixa de o ser, exigindo aos pais, o constante desenvolvimento e adaptação a cada etapa de desenvolvimento dos filhos (Cruz, 2013; Palacios, 2013).

A transição para a parentalidade é, na maioria das vezes, um processo esperado e muitas vezes delineado, porém, após o nascimento da criança, principalmente do primeiro filho, a dinâmica familiar altera-se por completo, implicando adaptações em cada elemento da família e no seu todo (Araújo et al., 2024; Tralhão et al., 2020).

Além disso, o papel parental envolve, ainda, as responsabilidades de se ser pai/mãe, bem como, a interiorização da expectativa pelos membros da família, amigos e sociedade, expressando essas

expectativas através de comportamentos e valores, em relação à promoção de um ótimo crescimento e desenvolvimento, de um filho (ICN, 2020).

A família é um elemento integrante e importante no desenvolvimento da criança, assim como, apresenta uma grande influência no que respeita à saúde e bem-estar da mesma (Cerqueira & Barberi-Figueiredo, 2020; Lim & Bang, 2023).

Atualmente, a conceitualização de família é diversificada e de carácter uno, isto é, o que cada indivíduo considera ser. Como tal, não existe uma definição universal para determinar o termo família (Hockenberry, 2019). No entanto, considera-se que o que constitui uma família são os diversos indivíduos que, em conjunto, têm o potencial para contribuir para um ambiente onde a criança possa crescer e desenvolver-se, maximizando o seu desenvolvimento (Hockenberry et al., 2019; OE, 2017).

O desenvolvimento saudável de uma criança é influenciado pelo exercício da parentalidade e, ainda que esta apresente inúmeros privilégios e regalias, acarreta também deceções e stresses (Bornstein, 2019).

Para Relvas (2004) a parentalidade é uma complementaridade de papéis em consonância com a interação com o meio, a fim da evolução da família. Canavarro (2001) corrobora o descrito, considerando que a parentalidade é um processo contínuo, numa perspetiva a longo prazo, que decorre durante toda a vida. Este processo encontra-se propenso a inúmeras alterações e mudanças que exigem, por parte dos pais, alteração de papéis, adaptação e reorganização simultânea, contribuindo para um ótimo desenvolvimento da criança e, simultaneamente, dos pais.

2.2 *STRESS* PARENTAL

Durante o percurso da vida é natural experienciar-se algum tipo de *stress*, porém, segundo Selye (1978), o *stress* não causa, necessariamente, algo negativo, mas refere que esta experiência é individual, ou seja, que o mesmo tipo de *stress* pode ser prejudicial para uma pessoa e, para outra, pode ser transformador.

Em 1936, Selye (1956) introduziu, pela primeira vez, o conceito de *stress* e, definiu-o como uma resposta não específica a qualquer situação que afeta o organismo, seja esta uma condição agradável ou não (Koppner, 2024). Para Lazarus & Folkman (1984), o conceito de *stress* encontra-se relacionado com a perceção entre as emoções causadas pelo mesmo e, consequentemente, o aparecimento de uma resposta psicológica e comportamental, isto é, a adaptação que cada um tem individualmente.

O *stress* é uma condição inerente ao ser humano e que é desencadeado por uma situação complexa. Esta situação pode ser definida como uma situação de preocupação ou de tensão, na qual o indivíduo é

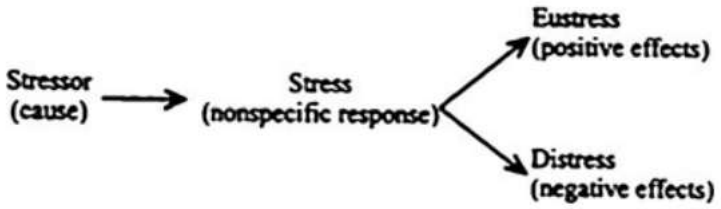
incapaz de lidar com as suas circunstâncias. Esta condição, ainda que inerente a todos, é experienciada por cada um, de forma subjetiva (Montoro-Pérez et al., 2024; *World Health Organization* [WHO], 2023).

Deste modo, as reações ao *stress* não são iguais devido à perceção individual de cada pessoa. Anjum & Zhao (2022) descrevem que, quando se consegue lidar bem a nível físico e psicológico com o *stress*, este é denominado de *eustress*. Habitualmente, o *eustress,* refere-se a uma reação positiva a um tipo de *stress* que contribui positivamente para o desenvolvimento pessoal e/ou profissional (Bienertova-Vasku et al., 2020; O´Sullivan, 2010; Szabo et al., 2012).

Todavia, quando existe algum tipo de desgaste e sofrimento físico e/ou psicológico desencadeado por agentes stressores ou, quando existe algum tipo de dificuldade de adaptação a uma nova situação é denominado de *distress* (O´Sullivan, 2010; Souza & Seidl, 2014). Estes conceitos podem ser compreendidos através do diagrama conceptualizado por Selye (Figura 1) (Simmons, 2000, p. 15, citado por O´Sullivan, 2010, p. 156).

Figura 1

Conceito de stress por Selye



Nota. Fonte: O´Sullivan, 2010, p. 156.

O *stress* parental é uma reação psicológica adversa que pode ocorrer quando os pais, durante o exercício da parentalidade, experienciam situações que são particularmente mais exigentes e às quais os mesmos não conseguem responder, ou quando excedem as suas capacidades e expectativas, experienciando sentimentos negativos acerca do próprio e da criança (Holly et al., 2019; Nilsen et al., 2020).

Conceptualmente, o *stress* parental é distinto de qualquer outro tipo de *stress* que os pais possam experienciar encontrando-se, frequentemente, associado a quaisquer outras situações stressoras da vida (Holly et al., 2019).

Descrito como um tipo de *stress* natural, o *stress* parental, é considerado favorável, uma vez que apresenta grande influência em outros tipos de *stress* (relacionado com o *stress* laboral ou *stress* financeiro),

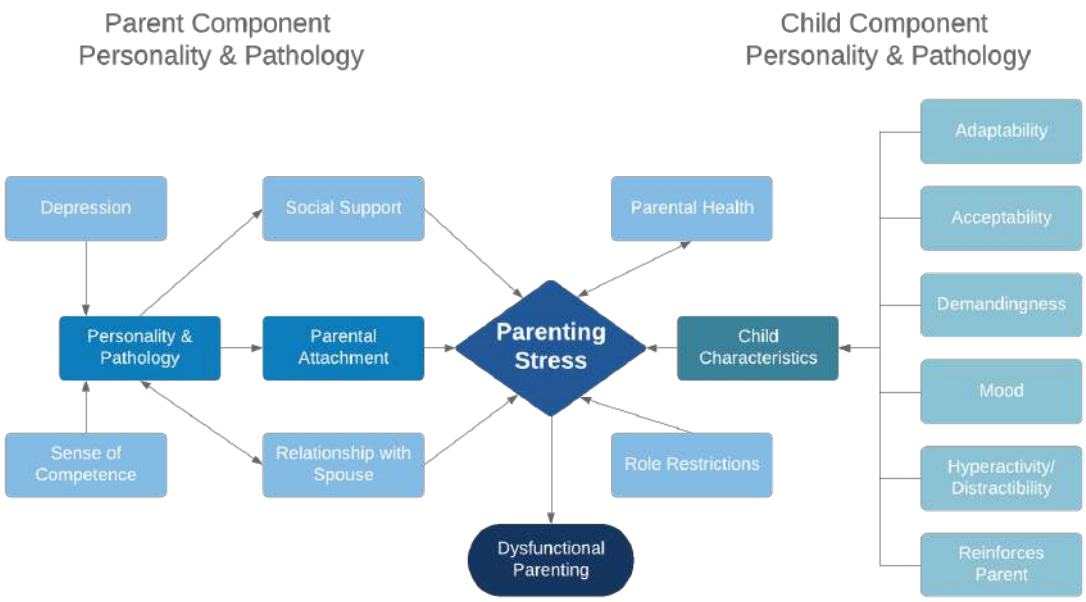
na medida em que, os pais se sentem motivados a agir, para solucionarem os problemas, permitindo não só o desenvolvimento parental, assim como, o desenvolvimento infantil (Holly et al., 2019).

Porém, quando o *stress* parental é experienciado de forma prolongada pode apresentar implicações na comunicação e interação entre o binómio criança e pais/cuidadores, o que resulta numa vinculação mais pobre e, consequentemente, numa disfuncionalidade da parentalidade (Abidin et al., 2022; Montoro-Pérez et al., 2024).

O nível ou níveis de *stress* experienciados através do exercício da parentalidade não é algo considerado estático, isto é, depende de uma relação de fatores (Figura 2), como as características inerentes aos pais (personalidade, competências parentais, estratégias de *coping*), as características da criança (adaptabilidade, personalidade e temperamento e as exigências) e o impacto de fatores sociais e familiares (apoio social e familiar e a relação matrimonial) (Abidin 1990, 1992; Abidin et al., 2022; Berry & Jones, 1995; Nilsen et al., 2020).

Figura 2

"Parent and child personality and pathology factors that contribute to parenting stress"[1]



Nota. Fonte: Abidin et al., 2022, p. 1.

No decorrer do desenvolvimento infantil, os pais são confrontados com uma panóplia de domínios que acarretam múltiplos fatores potenciados de *stress* para os mesmos. A destacar situações que

[1] Tradução realizada pela autora: Fatores de personalidade e de patologia dos pais e dos filhos que contribuem para o stress parental.

implicam, por parte dos pais, a tomada de decisões relacionadas com a parentalidade (*e.g.*, o tipo de parentalidade, como a parentalidade positiva) ou com a gestão dos comportamentos das crianças (Cappa et al., 2011).

Ademais, existem questões relacionadas com as responsabilidades financeiras e educativas, assim como, a exigência dos comportamentos e das interações, relacionadas com desenvolvimento infantil. Também as constantes preocupações com o bem-estar da criança e com a sua saúde são domínios que acarretam múltiplos fatores potenciadores de *stress* para os pais (Cappa et al., 2011).

Brito & Faro (2016) corroboram o exposto, anteriormente, complementando que existem outros fatores que potenciam o *stress* parental, nomeadamente, relacionados com as crianças, tais como problemas comportamentais e condições específicas de saúde (*e.g.*, doenças crónicas e/ou atrasos de desenvolvimento). Quanto aos pais, descrevem o tipo de prática parental adotada, o contexto socioeconómico, a incapacidade de conciliar o trabalho laboral com as necessidades específicas das crianças e a escolaridade dos pais.

A longo termo, evidência científica demonstra que níveis elevados de *stress* parental provocam problemas emocionais e comportamentais, nas crianças. Além disso, o *stress* parental apresenta também implicações no bem-estar físico e emocional dos pais (Brito & Faro, 2016; Fang et al., 2021; Montoro-Pérez et al., 2024).

Deste modo, deve considerar-se o *stress* parental como um fator de risco para o binómio criança/pais, com implicações nas práticas educativas e nas suas relações, afetando a dinâmica familiar (Brito & Faro, 2016).

No sentido de minimizar o impacto, que o *stress* parental tem na dinâmica das famílias, existem diversas estratégias a serem adotadas e aplicadas, que visam o apoio individualizado e adequado, aos pais/cuidadores, perante o *stress* parental ou situações potenciadoras do mesmo. Além disso, verifica-se que, quando os pais/cuidadores recebem este apoio, reconhecem que os níveis de *stress* reduzem. Ademais, permite uma melhor comunicação física e emocional com a criança e fomenta, através do empoderamento dos mesmos, a sua eficiência no cuidado à criança, de forma a atender às necessidades por elas exigidas (Heidarzadeh et al., 2023; Montoro-Pérez et al., 2024; Schmidt et al., 2016).

Assim, considera-se fulcral a avaliação do *stress* parental, bem como dos fatores potenciadores do mesmo, uma vez que é essencial ajudar os pais a lidar com as situações, através da aplicação de intervenções eficazes (Montoro-Pérez et al., 2024).

2.2.1 *Stress* Parental E Os Cuidados De Saúde

Durante o exercício da parentalidade, os pais têm diversas responsabilidades, sobretudo no que concerne à criação da criança, com enfase, na promoção de um desenvolvimento infantil adequado, na educação, assim como, nas atividades do dia a dia (Barroso et al., 2018; Sobreira et al. 2023).

Os pais, quando confrontados com situações que não conseguem controlar, desenvolvem elevados níveis de *stress*. A mudança de um estado de bem-estar para um estado de doença, na criança, é considerada um evento crítico para os pais, principalmente, quando existe a necessidade de recorrer a cuidados de saúde (Golfenshtein et al., 2016).

A doença e, consequentemente, a necessidade de hospitalização da criança, afeta os pais de forma individual e específica, dependendo da associação de fatores, como a capacidade de lidar com as adversidades, com a situação económica e a informação que é transmitida aos mesmos no momento da admissão (Flores Chura & Ramos Caballero, 2023; Merck & McElfresh, 2019).

No decorrer da hospitalização, os pais encontram-se expostos a sentimentos e emoções intensas e diferenciadas, nomeadamente, a ansiedade, tristeza, medo, revolta, angústia, impotência, perda, culpa e incerteza, o que torna a experiência difícil e desgastante (Antão et al., 2018; Costa et al., 2019; Doupnik et al., 2017). Ademais, evidenciam elevados níveis de *stress*, uma vez que para além da necessidade de internamento, alocado a todas as questões sobre a multiplicidade da condição de saúde da criança, a presença constante dos pais durante o internamento é um fator que altera toda a dinâmica e rotina familiar (Costa et al., 2019).

Os diferentes diagnósticos clínicos e as características inerentes aos mesmo, assim como, as exigências acrescidas na prestação de cuidados (*e.g.*, doenças crónicas ou transtornos do desenvolvimento), geram *stress* na família. Existem, ainda, fatores que afetam as reações dos pais, de acordo com a situação de doença da criança tais como, a gravidade da mesma, experiências prévias com situações de doença/hospitalização, procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e no tratamento e a disponibilidade de um sistema de apoio (Brito & Faro, 2016; Hakio et al., 2015; Merck & McElfresh, 2019).

Ainda existem outros fatores que afetam a reação dos pais, nomeadamente, as características inerentes aos mesmos, ou seja, pontos fortes de personalidade, estratégias de *coping* prévias, outras situações de *stress* no seio familiar, bem como fatores socioeconómicos (*e.g.*, idade, escolaridade e emprego) dos pais (Brito & Faro, 2016; Hakio et al., 2015; Merck & McElfresh, 2019).

Contudo, evidencia-se que situações de doença crónica, que requerem intervenções constantes, internamentos prolongados, cuidados diferenciados no domicílio e também o isolamento social e familiar,

provocam alterações nas relações familiares potenciando o aumento do *stress* parental (Golfenshtein et al., 2016).

No entanto, embora o escopo de estudo do *stres*s parental, na literatura, esteja associado a pais de crianças com alterações na sua saúde, mais especificamente, com doenças crónicas, existem também outras situações, relacionadas com a saúde das crianças que provocam *stress* nos pais (Gonçalves, 2021).

Gonçalves (2021) no seu estudo sobre o impacto do estado de emergência, no *stress* parental, concluiu que o adiamento de consultas rotineiras, realizadas em determinadas idades, não permitiu a identificação de sinais de alarme e, posteriormente, o encaminhamento para cuidados de saúde diferenciados, tendo esta situação intensificando o *stress* sentido pelos pais, dado a preocupação que lhes provocou.

Existe a necessidade de enfatizar que para cuidar, os pais/cuidadores necessitam também de serem cuidados. Como tal, é primordial que os profissionais de saúde estejam despertos para os fatores que envolvem a parentalidade e o papel parental, a fim de reconhecer e prevenir, antecipadamente, o *stress* parental (Ribas et al., 2024).

Desta forma, torna-se essencial que os enfermeiros estejam despertos para reconhecer os sentimentos que os pais/cuidados têm em relação ao internamento da criança uma vez que, através desta perceção, vão conseguir identificar quais as estratégias necessárias para que o cuidado àquele binómio, seja humanizado (Costa et al., 2019).

2.2.2 Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Gestão do *Stress* Parental

Nos cuidados prestados à criança é impossível dissociar esta da sua família, sendo que este binómio criança e família são o escopo dos cuidados prestados pelo EEESIP (OE, 2017).

Assim, quando se aborda os cuidados à criança, estes devem envolver, ativamente, a família, uma vez que as famílias são consideradas peritas nas suas crianças, formalizando os CCF. Além disso, os cuidados ao binómio encontram-se ainda ancorados no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (Cerqueira & Barberi-Figueiredo, 2020; Lim & Bang, 2023). De acordo com Hockenberry et al. (2019), a eficácia dos cuidados prestados à criança, é tanto maior, quanto maior a concepção de que o paciente é a família.

Heidarzadeh et al. (2023), corroboram que a prestação de cuidados com base nos CCF, é considerado como uma das formas de apoiar os pais na gestão e, consequentemente, na redução do *stress*. Os mesmos autores consideram que os enfermeiros têm um papel fundamental na prestação deste modelo de cuidados.

Os CCF têm como alicerce quatro componentes principais que são a participação, a colaboração, a partilha de informação e a dignidade e o respeito. Através da implementação dos CCF é possível a gestão do *stress* parental, a fim da sua redução (Lim & Bang, 2023; Rajabzadeh et al., 2021).

Neste sentido, a premissa intrínseca aos CCF é a parceria entre as famílias e os profissionais de saúde, na prestação dos melhores cuidados à criança (Cerqueira & Barberi- Figueiredo, 2020).

Este mesmo pressuposto é atribuído ao Modelo de Parceria de Cuidados, desenvolvido por Anne Casey, no qual os cuidados prestados à criança envolvem, ativamente, os pais e os profissionais de saúde, através da negociação e da relação recíproca na prestação de cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Como explicitado no Regulamento n.º 422/2018, sobre as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estas centram-se no"(...) modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados" (p. 19192). O EEESIP

> (...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (p. 19192).

Do mesmo modo, no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde e pediátrica encontra-se evidenciado que o propósito dos cuidados do EEESIP visa a utilização de um modelo conceptual que:

> tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa (...)" através da "(...) relação entre os axiomas e os elementos que constituem a praxis, influenciando-se mutuamente numa construção que evidencia o potencial dos pais ou pessoa significativa e restantes membros da família (...) (OE, 2017, p. 3).

Ambos os modelos de cuidados supracitados são inerentes e indispensáveis no cuidado à criança e à sua família, em qualquer contexto de saúde em que a mesma se encontre.

De todos os profissionais de saúde, envolvidos no cuidar, os enfermeiros são aqueles que dispensam mais tempo, durante a sua práxis, com os indivíduos e/ou as famílias que se encontram num processo de uma ou mais mudanças na sua vida. (Meleis, 2010)

Os enfermeiros são os principais agentes no cuidar, como tal, as suas intervenções têm como objetivo providenciar conhecimento e suporte, para que exista a prevenção de riscos decorrentes do

processo de transição. Isto resultará numa melhoria do bem-estar e na maximização da saúde, uma vez que durante este processo as pessoas são confrontadas com dificuldades no autocuidado e no cuidar (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

O adoecimento de uma criança constitui, por si só, um fator de *stress* para os pais, desencadeando preocupação e ansiedade face ao seu bem-estar. Esta situação torna-se ainda mais desafiante quando a hospitalização se torna necessária, intensificando os sentimentos de insegurança e incerteza, independentemente da gravidade da doença. Durante este período, a criança encontra-se numa condição de elevada vulnerabilidade e dependência, o que acentua a perceção de impotência dos cuidadores. Paralelamente, muitos pais enfrentam dificuldades em manter o seu papel de principal cuidador, experienciando, frequentemente, uma sensação de perda de controlo sobre a sua parentalidade em função das exigências impostas pelo contexto hospitalar e pelo bem-estar da criança (Doupnik et al., 2017; OE, 2015).

Apesar das melhorias contínuas na adaptação dos serviços pediátricos às necessidades da criança e da família, a hospitalização ainda gera repercussões adversas na dinâmica familiar. A rutura das rotinas estabelecidas, a necessidade de adaptação a um ambiente desconhecido e a interação com profissionais de saúde e outros indivíduos podem constituir desafios adicionais, contribuindo para um aumento do *stress* parental (Barros et al., 2021).

No que concerne à gestão do *stress* parental, existem diversas estratégias que podem e devem ser adotadas pelos profissionais de saúde, especialmente, os enfermeiros. Todavia, estas intervenções devem ser aplicadas de acordo com uma perspetiva multidisciplinar (Golfenshtein et al., 2016).

Das diversas intervenções destacam-se aquelas que providenciam apoio aos pais, através do empoderamento dos mesmos e da sua participação nos cuidados prestados à criança doente. As intervenções destinadas a proporcionar apoio durante a hospitalização têm como objetivo promover estratégias de *coping*, recorrendo à comunicação eficaz, à empatia e à educação. A aplicação destas estratégias visa não só atenuar o impacto emocional da hospitalização, mas também contribuir para o bem-estar dos pais, tanto no período prévio à hospitalização como durante o internamento e na fase pós-alta da criança (Doupnik et al., 2017).

As estratégias de *coping* podem ser definidas como a compilação de diversas respostas, concebidas para a resolução de determinadas situações de *stress*, conceptualmente como "(...) esforços, cognitivos e comportamentais, em constante mudança, de forma que seja possível gerir exigências específicas,

externas e/ou internas, que são avaliadas como exigentes ou excedentes aos recursos da pessoa."[2] (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141).

De acordo com Ramos & Roca (2007), a palavra *coping*, ainda que não apresente uma tradução literal para a língua portuguesa, é descrita como "mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de *stress*" (p. 7).

O *coping*, teoricamente, apresenta duas funções ou categorias, uma focada nas emoções e outra nos problemas (Ramos & Roca, 2007). Quando focado nas emoções, as respostas de *coping* têm como objetivo a diminuição ou o alívio das emoções negativas, resultado de uma, ou diversas situações stressoras. O *coping* focado no problema, tem em vista a resolução do mesmo, isto é, são estratégias que atuam ativamente na fonte de *stress* (Doupnik et al., 2017; Moraes et al., 2016).

De acordo com Tager et al. (2025), os pais que recorrem a estratégias de *coping* centradas na resolução de problemas, nomeadamente, através da obtenção de informação adequada disponibilizada pelos enfermeiros, demonstram uma maior participação nos cuidados prestados às suas crianças. Este envolvimento revela-se mais significativo quando comparado com a utilização de estratégias de *coping* baseadas na emoção.

Estas estratégias quando aplicadas corretamente, permitem criar soluções efetivas para as diversas situações stressoras, com as quais os pais são confrontados. Neste sentido, o enfermeiro, principalmente, o EEESIP apresenta um papel preponderante na promoção do bem-estar dos pais durante o processo de doença dos filhos. A realização de intervenções específicas, particularmente, a aprendizagem das estratégias de *coping*, que têm o intuito de facilitar o desenvolvimento parental durante esta transição e de apoiarem os pais a empreenderem o seu papel, são o escopo da intervenção do EEESIP (OE, 2015).

Ademais, é fulcral que o EEESIP mantenha uma relação aberta, ou seja, para além de fornecer informações e orientações sobre a condição de saúde da criança, deve promover escuta e comunicação ativa, para que os pais não se sintam constrangidos ao expressarem os seus sentimentos, medos e preocupações, sem julgamentos (Barros et al., 2021; Doupnik et al., 2017; OE, 2015; 2017).

[2] Do original: "*We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person."* Lazarus & Folkman, 1984, p. 141.

3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem caracteriza-se por ser uma profissão baseada quer na teoria, quer na prática. O uso de referenciais teóricos permite orientar e empoderar a prática de enfermagem, clarificando os conceitos inerentes ao cuidado e permitindo adquirir e desenvolver um papel essencial na melhoria contínua (Alligood, 2014; Younas & Quennell, 2019).

Na profissão de enfermagem, um dos principais desígnios consiste na capacitação do indivíduo, enquanto ser único, bem como das respetivas famílias, promovendo o seu desenvolvimento em contextos específicos e facilitando os processos de transição ao longo do ciclo de vida. O desenvolvimento e a aplicação de intervenções específicas, que proporcionam um cuidado adequado às situações individuais, provocadas por alterações ou mudanças, permite melhorar a qualidade de vida e facilitar o processo de transição (Costa, 2016; Kralik et al., 2006).

Assim, no presente capítulo, pretendemos enquadrar o modelo teórico que contempla e complementa a temática elegida, a Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, considerando a transição como conceito central para a enfermagem e os enfermeiros como agentes facilitadores da mesma (Im, 2014a).

3.1 TEORIA DE TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

As transições podem ser definidas como a passagem de um estado considerado estável para outro bastante estável, desencadeado por eventos críticos e mudanças. Pode, ainda, ser descrito como um evento individual que a pessoa experiencia, resultando numa mudança, que advém de outra (Meleis, 2010).

Desta forma, as transições são processos dinâmicos que envolvem as mudanças individuais, assim como, uma mudança nos relacionamentos e nas interações com o ambiente. Ao ser sujeito a uma, ou mais transições, é expectável que cada pessoa incorpore e desenvolva novos conhecimentos, altere comportamentos e redefina a sua conduta no contexto social (Meleis et al., 2000).

O ciclo vital do ser humano encontra-se marcado por diversas transições, habitualmente, desencadeadas por eventos críticos e/ou alterações individuais ou no ambiente. As transições podem ser experienciadas, por cada indivíduo, de forma estável e com sucesso (Im, 2014b; Meleis, 2010).

Deste modo, o modelo da Teoria de Transições tem como propósito descrever, explicar e prever as experiências dos seres humanos, em diferentes tipos de transição, garantindo que os mesmos sejam, não só capazes de lidar com as diferentes mudanças que experienciam, no decorrer da sua vida, assim

como, de manterem a sua capacidade para voltarem a ser totalmente funcionais (Im, 2014a; Im, 2014b; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

No entanto, o que se verifica, frequentemente, é que, durante o processo de transição, cada indivíduo, apresenta questões, preocupações e eventualmente problemas, devido ao desequilíbrio induzido pelas mudanças, durante todo este processo (Im, 2014b; Meleis, 2010). Além disso, um padrão característico das transições é que estas incluem a multiplicidade e a complexidade, isto é, diversas vezes as pessoas experienciam múltiplas transições, simultaneamente, ou invés de uma única transição (Im, 2014a; Lindmark et al., 2019).

Todas as transições desencadeiam uma mudança e, para que seja possível compreendê-la é fulcral, não apenas identificar os seus efeitos, mas também o significado intrínseco a cada indivíduo, família ou grupo (Meleis, 2010) O desequilíbrio experienciado pela mudança durante a transição, quer da pessoa individual, famílias ou comunidades, vai requerer uma atenção especial no cuidado, com o intuito de antecipar os potenciais riscos, que advém deste processo transicional (Meleis, 2010).

Os estudos desenvolvidos por Meleis (2010), focaram-se em diversos tipos de transição, incluindo o planeamento da transição para a parentalidade, o decurso do papel parental e o processo de decisão, no íntimo de uma família, sobre a importância da comunicação e da interação conjugal no planeamento, consoante o número de filhos.

O paradigma do processo de transição caracteriza-se pela sua natureza individual, singular e complexa, envolvendo múltiplos conceitos interrelacionados. A sua concretização abrange a compreensão da natureza das transições, que inclui a tipologia, os padrões e as propriedades inerentes a cada processo de mudança. As condições da transição, podem ser facilitadoras e/ou inibidoras da mesma. As condições inerentes ao processo de transição podem atuar como fatores facilitadores ou inibidores, influenciando a sua evolução e desfecho (Im, 2014a; Meleis, 2010; 2015; Meleis et al., 2000).

Os padrões de resposta incluem indicadores de processo e de resultado, permitindo a monitorização e avaliação da adaptação do indivíduo à transição. Por fim, a terapêutica de enfermagem compreende um conjunto de intervenções conduzidas pelos enfermeiros, enquanto cuidadores responsáveis por preparar o indivíduo para este processo. A sua atuação baseia-se na avaliação contínua e na implementação de estratégias educativas e de capacitação, promovendo o desenvolvimento de competências essenciais para a adaptação bem-sucedida à nova realidade (Im, 2014a; Meleis, 2010; 2015; Meleis et al., 2000).

Deste modo, as transições podem ser categorizadas, de acordo com a sua natureza, em quatro tipos: situacionais, organizacionais, saúde/doença e de desenvolvimento (Im, 2014a; Im, 2014b; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

No que se refere às transições situacionais, estas consistem na mudança de papéis educacionais e profissionais, assim como, nas mudanças relativas ao estatuto familiar (*e.g.*, viuvez), à emigração e ao abandono (Lindmark et al., 2019). Quando existem alterações das condições do ambiente que, afetam, individualmente, cada pessoa, resultando em mudanças no contexto social, político ou económico são designadas por transições organizacionais (Im, 2014a; Kralik et al., 2006).

As distintas vivências individuais e familiares, influenciadas pelos diversos contextos de doença e pelo cuidado prestado ao longo do seu curso, constituem fatores determinantes no processo de transição da saúde para a doença (Im, 2014a; Kralik et al, 2006; Lindmark et al., 2019;Meleis, 2010).

As transições de desenvolvimento encontram-se relacionadas com as respostas individuais a mudanças que ocorrem durante o ciclo vital, habitualmente, eventos previsíveis, como o desenvolvimento infantil (*e.g.*, a adolescência), a parentalidade e o envelhecimento (Im, 2014a; Kralik et al, 2006; Lindmark et al., 2019; Meleis, 2010). Porém, outra particularidade deste tipo de transição é, também, a envolvência de eventos imprevisíveis (Hattar-Pollara, 2010).

De acordo com Meleis et al. (2000), os padrões de transição descrevem a multiplicidade, simultaneidade e o relacionamento entre si das transições.

No que concerne às propriedades, Meleis (2015), descreve que estas são cinco e que se encontram, intimamente, interligadas, constituindo um processo complexo das transições, o que afeta todo o processo das mesmas. Estas são a consciência, o conhecimento, o envolvimento, a mudança e a diferença, o intervalo de tempo e os pontos críticos e eventos (Barimani et al., 2017; Im, 2014a; Meleis et al., 2000).

A consciência é a capacidade de perceção do individuo em reconhecer que se encontram perante um processo de transição, assim como, a noção do que esse processo acarreta, nomeadamente, a realidade e a expectativa do mesmo (Im, 2014a). Ademais, o compromisso, através do envolvimento na transição encontra-se intimamente relacionado com a consciência, o que não invalida, que primeiro exista um compromisso e só depois a consciência de que se está perante um processo de mudança (Costa, 2016; Im, 2014a; Guimarães & Silva, 2016).

A mudança e a diferença, enquanto propriedades do processo de transição, não devem ser consideradas sinónimos deste conceito. Embora a transição envolva necessariamente uma mudança, nem toda a mudança está associada a um processo de transição (Costa, 2016). A mudança pode estar relacionada com eventos específicos que conduzem a alterações nas perceções, nos ideais e nas rotinas. Por sua vez, a diferença refere-se à experiência subjetiva da pessoa, manifestando-se na modificação de comportamentos e competências, de modo a redefinir a perceção de si própria e do ambiente no contexto da transição (Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016; Im, 2014a).

A transição caracteriza-se, igualmente, pelo intervalo temporal que decorre desde os primeiros indícios de antecipação, passando por períodos de instabilidade marcados por confusão e, por vezes, *stress*, até à restituição da estabilidade. Além disso, incluem-se os pontos e eventos críticos, que desempenham um papel determinante na consciencialização do indivíduo e no consequente compromisso com o processo de transição (Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016; Im, 2014a).

No que concerne às condições de transição, estas podem ser facilitadoras ou inibidoras da transição, podendo ser condicionantes pessoais, económicas ou da sociedade (Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016; Im, 2014a).

Adicionalmente, uma condição determinante para uma transição saudável é o padrão de resposta do indivíduo ao processo de transição, o qual se caracteriza pelos indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo estão relacionados com a conexão do indivíduo ao processo de transição, enquanto os indicadores de resultado estão associados à capacidade de desenvolver estratégias que permitam utilizar recursos adequados para lidar com a situação. Por outro lado, os indicadores de resultado referem-se aos padrões de resposta, nomeadamente à capacidade de adquirir novas competências, essenciais para o sucesso da transição (Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016; Im, 2014a).

Por fim, a terapêutica de enfermagem abrange as diversas intervenções realizadas ao longo do processo de transição, posicionando o enfermeiro como agente facilitador desse processo. Neste sentido, são delineadas e implementadas intervenções focadas na avaliação, educação e preparação do indivíduo, com o objetivo de maximizar o seu bem-estar e desenvolvimento durante a transição (Costa, 2016; Guimarães & Silva, 2016; Im, 2014a).

No que diz respeito à natureza da transição para a parentalidade, esta pode ser conceptualizada em dois tipos de transição. A transição situacional refere-se à definição dos papéis, nomeadamente, à atribuição dos papéis de mãe e de pai. Por sua vez, a transição do desenvolvimento está associada ao evento em que o casal deixa de ser apenas uma díade para se tornar pais, formando, assim, uma tríade no caso do primeiro filho. Além disso, esta transição envolve também a adaptação da parentalidade em função do desenvolvimento da criança (Holly et al., 2019; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Tralhão et al., 2020).

Deve-se, ainda, considerar que, inerente a estas duas transições, está também a transição de saúde-doença, embora esta ocorra principalmente na criança. Ou seja, é a criança que adoece, mas os pais também são impactados por essa transição. Este pressuposto fundamenta-se na conceção de que o binómio criança/pais é inseparável, pelo que, quando a criança fica doente, os pais também são afetados por esse processo. Assim, a transição de saúde-doença não se limita à criança, mas envolve igualmente os pais, que experimentam mudanças significativas no seu estado emocional, psicológico e, em alguns

casos, no seu próprio papel familiar (Barimani et al, 2017; Holly et al., 2019; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Merck & McElfresh, 2019).

Segundo Carvalho (2009), o processo de adaptação à parentalidade é uma transição que pode apresentar diversos riscos, como perturbações emocionais e comportamentais, que quando não são apoiados, resultam em dificuldades a curto e a longo prazo nos pais, na criança e, consequentemente, no binómio.

O processo de adaptação à parentalidade, na situação natural do ciclo de vida, e de adaptação da parentalidade na situação de doença da criança, requer aos pais tempo para a incorporação de novos conhecimentos e, posteriormente, para o desenvolvimento de aptidões que irão ser necessárias para atingirem as competências parentais adequadas à transição que se encontram a passar (Cardoso et al., 2024)

A promoção de uma transição saudável no processo de adaptação da e à parentalidade, é crucial para a minimização das reações adversas aos eventos críticos, durante o processo de transição, que culminam em ansiedade e *stress*, por parte dos pais (Meleis et al., 2000).

Deste modo, a adaptação à parentalidade e da parentalidade deve ser devidamente compreendida e apoiada, visto que se trata de um processo intrinsecamente associado à transição, com implicações que envolvem riscos e consequências, os quais exigem uma intervenção apropriada e fundamentada (Im 2014a; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). Habitualmente, estas estratégias são designadas de estratégias de *coping*, que permitem facilitar não só o processo de transição, assim como, a experiência associada ao mesmo (Lazarus e Folkman, 1984; Melo et al., 2021).

As estratégias e as respostas parentais são derivadas às condições individuais que os pais apresentam, que podem facilitar ou dificultar a forma como respondem à transição (Haiko et al., 2015; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

No entanto, a sobrecarga das condições inerentes à transição provoca um *stress* que se torna difícil de conseguirem lidar pelo que, cabe ao EEESIP, a responsabilidade de compreender a experiência que os pais enfrentam durante a transição, ou seja, na sua praxis, o EEESIP, deve avaliar a transição e proporcionar apoio durante o processo, ajustando as terapêuticas de enfermagem às necessidades individuais, de modo que a transição seja a mais adequada (Costa et al., 2019; Holly et al., 2019; Im, 2014a; Meleis, 2000; Meleis et al., 2010) .

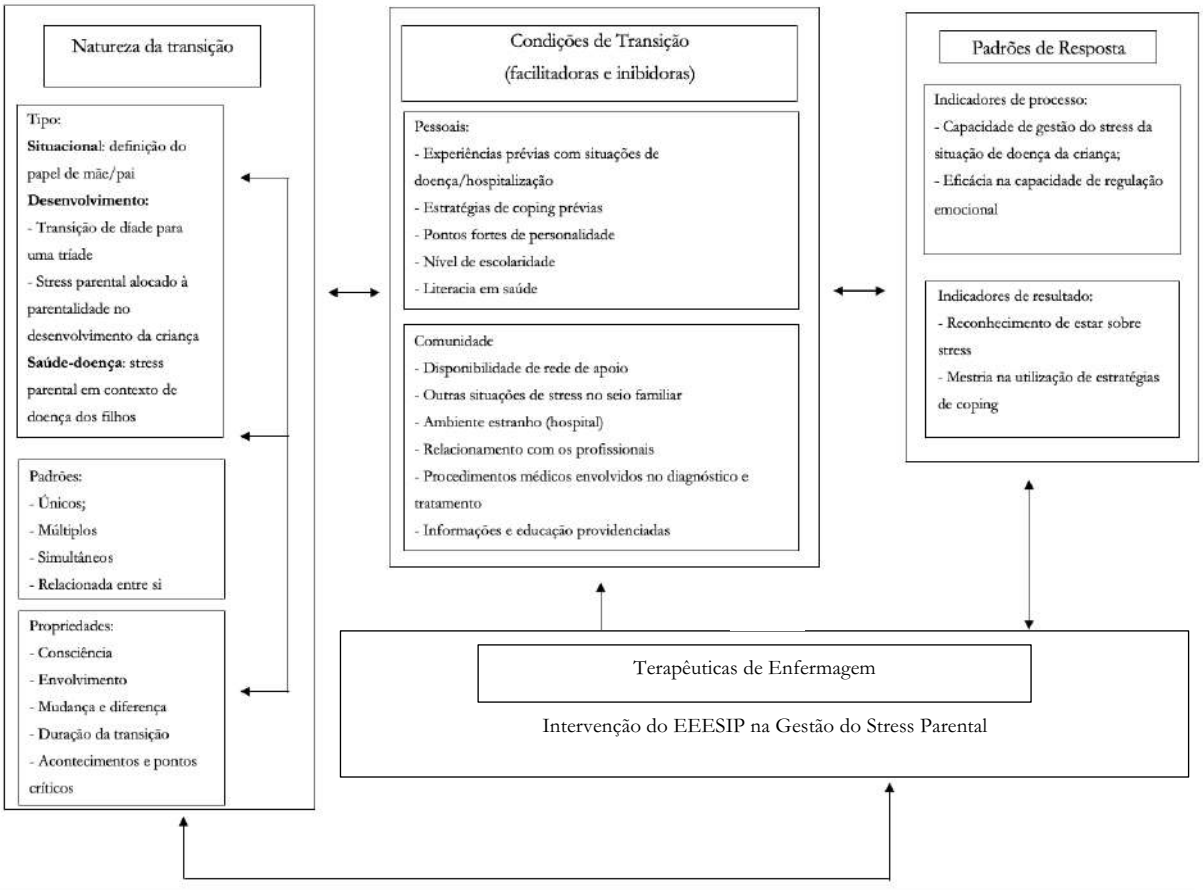
Os pilares que sustentam as terapêuticas de enfermagem visam promover a aquisição de competências e o domínio por parte dos pais durante as diversas transições que vivenciam no exercício do seu papel, de forma a capacitá-los para gerir eficazmente o *stress* associado ao processo de saúde-doença da criança (Im, 2014a; Meleis, 2000; Meleis et al., 2010).

Assim e, de acordo com Meleis (2000), a autora destaca a importância do apoio contínuo e estruturado para facilitar os processos de mudança vivenciados pelos indivíduos e pelas suas famílias. No contexto da gestão do *stress* parental, a intervenção do EEESIP, através das terapêuticas de enfermagem, permite atuar diretamente sobre os fatores que influenciam essa transição, contribuindo para um processo de transição mais equilibrado, minimizando os impactos negativos do *stress* e favorecendo a adaptação e o bem-estar dos pais (Im, 2014a; Meleis, 2000; Meleis et al., 2010)

De forma a realizar a ponte entre a teoria das transições e as terapêuticas de enfermagem desenvolvidas, através da intervenção do EEESIP, na Gestão do *Stress* Parental, nos diferentes contextos de estágios, foi realizada a Figura 3, adaptada do modelo da Teoria de Transições, que consagra orientações para a prática, com o intuito de reconhecer e apoiar os processos de adaptação dos pais em situações de mudança, como o *stress* parental.

Figura 3

Adaptação do Modelo da Teoria das Transições de Afaf Meleis na Intervenção do EEESIP na Gestão do Stress Parental



Nota. Fonte: Adaptado de Meleis, 2010, p. 56.

4 METODOLOGIA

A elaboração e aplicação de um projeto de intervenção, que inclui, o desenvolvimento de atividades específicas, relacionadas com a gestão do *stress* parental, nos diferentes contextos de estágio, foram norteadas pelos pressupostos da Metodologia de Projeto.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os enfermeiros são profissionais qualificados, cujo principal objetivo é a prestação de cuidados de enfermagem durante todo o ciclo vital do ser humano. Os cuidados de enfermagem empregam intervenções autónomas e interdependentes, visando a melhoria contínua dos cuidados e do progresso da enfermagem, o que justifica o desenvolvimento e a implementação de um projeto de intervenção (Decreto-Lei n.º 161/96).

Neste capítulo, pretendemos explanar, detalhadamente, a metodologia adotada, assim como, a aplicação das diferentes etapas da mesma, nos diversos contextos de estágio. Posteriormente, realizaremos a descrição do percurso realizado nos locais de estágio, começando pelo Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolvido em cuidados de saúde primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), num período de nove semanas, entre 13 de maio e 12 de julho de 2024.

Seguidamente, procederemos à descrição do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, realizado em três contextos distintos, com uma duração de seis semanas para cada. O primeiro contexto foi realizado num Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) e decorreu entre 16 de setembro e 25 de outubro de 2024; o segundo, no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), ocorreu entre 28 de outubro e 6 de dezembro de 2024; o último, decorreu numa Unidade de Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UN/UCIN), entre 9 de dezembro e 31 de janeiro de 2025.

4.1 METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto é descrita por Ruivo et al., (2010) como uma "(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução" (p. 2). Para Vilelas (2020), é a descrição do percurso realizado através do pensamento e da execução da prática da realidade.

Assim, a partir da confrontação com um problema real, inicia-se um processo de resolução do mesmo, através do planeamento, desenvolvimento e aplicação de intervenções, que se encontram baseados na articulação e fundamentação de uma prática baseada na evidência (Ruivo et al., 2010).

Entre as várias características que estruturam a metodologia de projeto, destaca-se a importância da definição clara de um objetivo. Este permite orientar as ações desenvolvidas, conferindo-lhes coerência e intencionalidade, uma vez que "(...) é necessário dar sentido às várias actividades (...)" (Ruivo et al., p. 4), que convergem para um resultado final alinhado com o propósito delineado.

Esta metodologia compreende a participação não apenas dos investigadores, mas também de diversos intervenientes, assim como, da população, a qual, é o foco do estudo. Apenas assim, é possível planear, desenvolver e aplicar as intervenções necessárias para que se consiga resolver um ou mais problemas identificados (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto impõe, ainda, ao investigador, uma reflexão constante, por ser sustentada pela investigação que, no seu cúmulo, observa e questiona a realidade, constantemente (Ruivo et al., 2020; Vilelas, 2020).

Além disso, a exigência de uma participação ativa por parte dos intervenientes, aliada à aplicação de intervenções adequadas e mais eficazes, potencia, simultaneamente, uma compreensão mais aprofundada da sua realidade e promove a transformação da mesma (Ruivo et al. 2010).

No âmbito dos cuidados de saúde, em particular, no que se refere à intervenção de enfermagem, a metodologia de projeto constitui um processo estruturado que contempla a planificação e execução de etapas, as intervenções, orientadas para a resolução de uma problemática específica do indivíduo. Este processo, de natureza singular e especializada, visa a melhoria da qualidade de vida, através da sua promoção contínua (Ruivo et al., 2010).

De acordo com Guerra (1994 citado por Ruivo et al., 2010, p. 8), esta metodologia, compreende seis etapas, sendo estas, a identificação dos problemas e o diagnóstico de situação; a definição dos objetivos; o planeamento, através da seleção de estratégias a desenvolver; a execução, com a programação das atividades; a avaliação do trabalho desenvolvido; e, por fim, a divulgação dos resultados. As etapas desenvolvidas encontram-se descritas no cronograma geral das etapas do projeto, no Apêndice A.

A primeira etapa, corresponde ao diagnóstico de situação que, segundo Ruivo et al. (2010), consiste na identificação dos problemas, através da análise das necessidades da população, para que desta forma exista um desenvolvimento a fim de proporcionar a implementação de estratégias, devidamente justificadas.

No presente projeto foi necessário um diagnóstico de situação prévio, antes da realização dos estágios. Este diagnóstico requereu uma pesquisa prévia na evidência científica mais recente sobre a temática do *stress* parental, com o intuito de identificar a pertinência para o desenvolvimento de um projeto de intervenção cerca desta temática.

Assim, perante a identificação de uma necessidade crescente de intervenção na temática em questão, definimos como objeto central de estudo a "Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Gestão do *Stress* Parental". Esta escolha fundamenta-se na necessidade de apoiar os pais em situações geradoras de *stress* ao longo do percurso da parentalidade, com impacto não apenas nos próprios, mas também na criança. Acresce, ainda, a relevância de sensibilizar os profissionais de enfermagem para esta problemática, tendo em conta a lacuna identificada na prática clínica, onde os pais são frequentemente considerados meros parceiros no processo de cuidar, quando, na realidade, devem igualmente ser reconhecidos como destinatários de cuidados especializados.

No Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e nos diferentes contextos de estágio que culminam no Estágio Final com relatório, explorámos a temática em estudo através de entrevistas informais ao Enfermeiro Gestor e ao Enfermeiro Orientador, de cada contexto. Ademais, realizámos a observação direta dos contextos, nomeadamente, as dinâmicas dos cuidados prestados à criança e aos seus pais, com o intuito de formalizar um diagnóstico de situação adequado às necessidades reais do contexto, sustentando a importância da sua abordagem (Ruivo et al., 2010).

Seguidamente, a segunda etapa referente à definição de objetivos, os quais são delineados com o intuito de aludir quais "(...) os resultados que se pretende alcançar (...)" (Ruivo et al., 2010, p.18). Para isso, é necessário que o objetivo geral e os objetivos específicos formulados traduzam aquilo que o formando pretende adquirir.

Segundo Mão de Ferro (1999, citado em Ruivo et al., 2010, p. 18), os objetivos gerais estabelecem as orientações que definem os conhecimentos a adquirir pelo formando ao longo do seu percurso formativo. Por sua vez, os objetivos específicos constituem indicadores dos conhecimentos efetivamente adquiridos durante esse mesmo processo.

Deste modo, foram definidos, para cada contexto de estágio, objetivos gerais e específicos, considerando os achados identificados na primeira etapa da metodologia de projeto. Para a prestação de cuidados especializados, nos diferentes contextos, definimos o seguinte objetivo geral: "Desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com os pais ou cuidadores, nos diferentes locais de estágios".

O objetivo geral do projeto de intervenção foi transversal para os diferentes contextos, ou seja, a "Gestão do *Stress* Parental". Porém, existiu a necessidade de adequação do mesmo, nos diferentes contextos, através da delineação de objetivos específicos concordantes. No Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por ter sido realizado, numa USF, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da temática do *stress* parental;
- Promover a adoção e implementação de estratégias de gestão do *stress* parental ao longo do desenvolvimento infantil na comunidade.

Nos diferentes contextos de estágio que culminam no Estágio Final com relatório, definimos para o SIP:

- Sensibilizar os enfermeiros, do SIP sobre a importância da temática da gestão do *stress* parental;
- Sensibilizar os pais, durante o internamento, sobre a gestão do *stress* na promoção do bem-estar dos pais e das crianças durante o processo de doença;

Para o contexto de estágio desenvolvido no SUP foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do *stress* parental e a importância da gestão do mesmo numa urgência pediátrica;
- Informar os pais sobre a febre em idade pediátrica.

Na UN/UCIN, os objetivos específicos delineados foram:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a gestão do *stress* parental durante o internamento do recém-nascido,
- Incorporar estratégias promotoras da gestão do *stress* junto dos pais, com Recém-nascidos internados na UN/UCIN.

No planeamento, ou seja, na terceira etapa da metodologia, são definidas as intervenções ou atividades a desenvolver (Ruivo et al., 2010). Desta forma, desenvolvemos um cronograma com o planeamento de intervenções a desenvolver. Segundo Ruivo et al. (2010), "(...) o desenvolvimento do cronograma apresenta-se como uma constante ao longo do projeto" (p.20). Este cronograma tem como objetivo ser um planeamento detalhado das intervenções para atingir os objetivos delineados em cada contexto (Apêndice B).

A etapa da execução, a quarta etapa da metodologia de projeto, na qual são colocadas em prática todas as atividades, que foram planeadas, na etapa anterior. Segundo Ruivo et al. (2010), esta fase é considerada a mais trabalhosa, pois é necessário executá-la e pô-la em prática, para a resolução dos problemas. Contudo, o mesmo autor afirma que é também a "(...) mais proveitosa" (p. 24). A concretização desta etapa da metodologia será descrita, posteriormente, através da exposição detalhada, de todas as atividades desenvolvidas em cada contexto.

A quinta etapa correspondente à avaliação. Esta etapa deve ser contínua ao longo de toda a implementação do projeto de intervenção, independentemente, do contexto, pois permite analisar e,

sempre que necessário, redefinir a orientação do projeto, potenciando uma execução mais eficaz das intervenções face aos objetivos propostos. Trata-se de um instrumento fundamental e imprescindível para uma avaliação rigorosa de todo o processo, desde o planeamento até à concretização das atividades. Por esse motivo, foi executada em articulação com a docente orientadora e com os enfermeiros gestores e orientadores de cada contexto (Ruivo et al., 2010).

Por fim, a sexta e última etapa, a divulgação dos resultados, culmina na aplicação do projeto de intervenção através das cinco etapas explicitadas, anteriormente e, envolve, primeiramente, a redação do presente relatório e, posteriormente, a discussão, de modo a divulgar os resultados do projeto (Ruivo et al., 2010).

Como explicitado por Leite et al. (2001 citado por Ruivo et al., 2010, p. 2), o presente projeto de intervenção foi desenvolvido com o atributo de versatilidade, podendo ser mutável de acordo com as necessidades e caraterísticas específicas de cada contexto, uma vez que, enquanto profissional de saúde, os enfermeiros, devem ser munidos da capacidade de "(...) detetar oportunidades na utilização da metodologia de forma a atingir os níveis de qualidade desejáveis" (Ruivo et al., 2010, p. 7).

4.2 Percurso Formativo

Neste subcapítulo descrevemos os diversos contextos de estágio, do processo formativo, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º65/2018, "A componente de formação em contexto de trabalho concretiza -se através de um estágio (...)" (p. 4170).

A estruturação do corpo do texto segue a cronologia dos estágios realizados, iniciando-se com o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e, prosseguindo para o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, tendo todos os contextos sido realizados em ambiente hospitalar.

4.2.1 A Gestão Do *Stress* Parental Numa Unidade De Saúde Familiar

Segundo a WHO (2023), os cuidados de saúde primários (CSP) permitem uma abordagem completa, a fim de otimizar a saúde dos indivíduos e das suas famílias através de "(...) cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativo e paliativos (...) durante toda a vida". Além disso, possibilitam uma abordagem sistemática de diversos determinantes de saúde, tais como, os fatores sociais, económicos e ambientais (WHO, 2023).

Da mesma forma, toda a criança, em toda e qualquer etapa do seu desenvolvimento, tem o direito de beneficiar do melhor estado de saúde. Para tal, deve ser assegurado o acesso a todos os cuidados de

saúde necessários, com enfâse nos cuidados de saúde primários (OE, 2017; Nações Unidas, 2001; UNICEF, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista, atua como agente de mudança na melhoria contínua, em colaboração com a equipa multidisciplinar de saúde, através de fundamentação baseada na mais recente evidência científica. Deste modo, permite o desenvolvimento de uma prática especializada, no processo de tomada de decisão para o planeamento dos cuidados.

Enquanto primeiro nível de contacto com a comunidade no sistema de saúde, os CSP, garantem a prestação de cuidados contínuos, abrangentes e acessíveis para o indivíduo, ao longo de todo o seu ciclo vital (OE, 2020).

Assim, o EEESIP (Regulamento n.º 422/2018), deve procurar oportunidades para trabalhar com a criança e a família, em qualquer que seja o contexto onde se encontrem, na promoção de comportamentos potenciadores e na maximização de estratégias de saúde e do desenvolvimento infantil.

A. Descrição Do Contexto De Estágio Numa Unidade De Saúde Familiar

O desenvolvimento do presente ensino clínico decorreu, em CSP, nomeadamente numa USF, integrada num Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo. De acordo com a Declaração de Alma Ata (UNICEF, 1978), os CSP promovem cuidados essenciais de saúde ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidades e são considerados o "(...) primeiro nível de contato (...) com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde (...) constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (...)" (p. 3).

As USF são, então, definidas como unidades fundamentais na prestação de cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares. Compostas por uma equipa multidisciplinar, as USF desenvolvem junto da comunidade, um conjunto de intervenções, que visam a promoção da saúde e a prevenção da doença em todo o ciclo vital (Decreto-Lei n.º 73/2017; Decreto-Lei n.º 52/2022). São, ainda, descritas como pilares fundamentais no sistema de saúde português, garantindo um acesso universal aos cuidados (Decreto-Lei n. º103/2023).

A USF, que contemplou o primeiro estágio, quanto à sua organização apresenta autonomia técnica e funcional, pelo que é considerada uma USF de tipologia de modelo B. Este tipo de USF é constituído por uma equipa multidisciplinar, que integra as classes laborais de médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com uma remuneração associada ao desempenho dos profissionais de saúde. Este modelo de trabalho tem o intuito de posicionar, em primeiro lugar, o utente, proporcionando desta forma, cuidados personalizados e individualizados mais eficazes, sendo que um dos pilares fundamentais das USF modelo B, é a prevenção (Decreto-Lei n.º103/2023).

Na presente USF, não existe nenhum enfermeiro detentor do título de enfermeiro especialista em saúde familiar, tal como se encontra disposto no Artigo 7.º, referente à constituição das USF. No entanto e, como consagrado no Artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 103/2023, devem existir enfermeiros detentores de outras especializações, nomeadamente EEESIP, existindo nesta USF dois elementos.

Atualmente, a USF apresenta um total de quatorze mil, novecentos e noventa e sete (14.977) utentes inscritos, dos quais são abrangidos cerca de dois mil setecentos e sessenta e dois (2762) utentes, dos 0 aos 19 anos. Relativamente ao grupo específico das crianças, na Tabela 1 (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2024) encontram-se descritos alguns dados estatísticos referentes às crianças inscritas na Administração Regional De Saúde do Alentejo.

Tabela 1

Grupo específico de crianças inscritas na ARS Alentejo – CSP ULS

Descrição	Grupo etário	Total
Crianças no 1º ano de vida	< 1 ano	97
Exames Globais de Saúde Vacinação	10-13 anos	606
Vacinação	15- 17 anos1	461

Nota. Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, 2024.

Neste contexto, são realizadas as consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil (CESIJ), recorrendo ao método de trabalho de um enfermeiro de referência (OE, 2017), ou seja, cada família encontra-se alocada a um médico e enfermeiro de referência, que o acompanha em todas as valências durante o seu ciclo vital.

Como parte integrante do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), as CESIJ compreendem a realização de consultas calendarizadas de acordo com idades chaves, sendo que estas são definidas como "(...) acontecimentos importantes na vida (...) da criança (...) tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade" (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013, p. 7). Observámos uma preocupação do EEESIP na marcação das consultas, adequando as necessidades da criança, pais e família, respeitando o superior interesse das mesmas e não descurando a necessidade e a importância da vigilância em saúde.

O recurso a consultas estipuladas ainda que, adaptadas a cada idade e a cada criança, constitui um guia de apoio que permite uma melhor prestação de cuidados, através da promoção da saúde e da prevenção da doença (Devesa, 2022).

Nas CESIJ são realizadas diversas vigilâncias de saúde, desde o nascimento até que a transição para a vida adulta ocorra, referentes às alterações físicas, psicológicas e emocionais que a criança experiência (Hockenberry, 2019; OE, 2017).

Durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil devem ser adotadas duas abordagens diferentes, a vigilância e o rastreio (Oliveira, 2018).

A vigilância, referente à observação, que deve ter em consideração a interação da criança durante a consulta, quer com os pais/cuidadores ou família, quer com o ambiente que a rodeia, assim como, as preocupações da família sobre o desenvolvimento e comportamento da criança (Oliveira, 2018).

O rastreio consiste na aplicação de um teste, preconizado para as idades chaves, que permite reconhecer, precocemente, problemas ou potenciais atrasos no desenvolvimento (Oliveira, 2018).

O PNSIJ preconiza a aplicação da escala de rastreio desenvolvida por Mary Sheridan, denominada de Escala de Mary Sheridan Modificada, nos primeiros cinco anos de vida, que postula uma avaliação por quatro áreas, que se encontram interligadas, postura e motricidade global, a visão e motricidade fina, a audição e linguagem e o comportamento e a adaptação social (Oliveira, 2018).

Assim, as CESIJ, representam uma janela de oportunidade no cuidar, uma vez que permitem ao EEESIP identificar as necessidades específicas da criança e da sua família. Foi possível observar a importância de o EEESIP possuir os conhecimentos e as competências necessárias sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, para que, durante as CESIJ, seja capaz de realizar uma vigilância em saúde adequada, de forma a facilitar o processo de maximização da saúde (Fernandes & Andrade, 2020; Meleis et al., 2000; OE, 2017; Regulamento n.º 422/2018).

Ademais, foi-nos possível constatar que o método de trabalho utilizado neste contexto orienta-se por diversos modelos de cuidados, para além dos basilares à pediatria, o modelo de parceria de cuidados e os CCF, assim como, os cuidados atraumáticos, através da aplicação de estratégias redutoras da dor, especialmente durante a vacinação, com a colocação de anestésicos locais, a promoção da amamentação, o brincar terapêutico, as técnicas de distração e o reforço positivo antes, durante e após o momento de dor (Carvalhais et al., 2021; Hockenberry, 2022; USF Artemisa, 2015)

Além disso, observámos o desenvolvimento de uma relação terapêutica, através de uma comunicação adequada à criança e aos pais/família, de acordo com o desenvolvimento e a literacia dos mesmos (Carvalhais et al., 2021; Scott, 2022).

B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP

No contexto de USF definimos a partir do objetivo geral "Desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com os pais ou cuidadores nos diferentes locais de estágios", como objetivos específicos, para a prestação de cuidados especializados de EEESIP os seguintes:

- Compreender e prestar cuidados de enfermagem que visem a abordagem da criança e da sua família, respetivamente, durante todo o seu ciclo vital, em resposta ao processo de desenvolvimento da criança, na presente USF;
- Desenvolver competências de EEESIP no âmbito dos cuidados de saúde primários, nomeadamente na USF onde foi realizado o estágio.

Para a consecução dos objetivos específicos previamente delineados, revelou-se fundamental a planificação e implementação de um conjunto de atividades que possibilitassem a sua efetiva concretização, nomeadamente: a) realização de uma entrevista exploratória com o EEESIP responsável pela supervisão do estágio; b) familiarização com o contexto através da análise de documentação institucional e normas em vigor na unidade de saúde; c) observação e análise crítica das intervenções realizadas pelo EEESIP nas CESIJ; d) pesquisa e revisão de literatura científica relevante, centrada nas intervenções de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde primários, com ênfase nos programas de vigilância da saúde infantil e juvenil; e) participação ativa nas CESIJ, com oportunidade de conduzir diversas consultas de forma autónoma, ainda que sob supervisão e com apoio direto.

Importa referir que, no presente contexto de estágio, não se encontra designado formalmente um enfermeiro gestor. Assim, a reunião de enquadramento foi realizada exclusivamente com o EEESIP que supervisionou o estágio. Contudo, a temática em estudo foi amplamente discutida com diversos elementos da equipa de enfermagem, de modo a assegurar a sua relevância e adequação à prática clínica e à realidade do serviço.

C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção

A realização do diagnóstico de situação no contexto da USF, decorreu de uma reunião com o enfermeiro supervisor do mesmo, com o intuito de compreender a pertinência da abordagem da temática do *stress* parental, assim como, das atividades delineadas para este contexto. Assim, após o parecer positivo

da temática em estudo e das atividades delineadas, determinámos como objetivos do projeto de intervenção, no contexto da USF, os seguintes:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a importância da gestão do *stress* parental no desenvolvimento infantil;
- Capacitar a equipa de enfermagem, para a gestão do *stress* parental, nas diversas fases do desenvolvimento infantil;
- Desenvolver intervenções, juntos dos pais e família, durante as CESIJ, que abordassem a temática do *stress* parental e a promoção da gestão do mesmo.

Com o intuito de atingir os objetivos delineados, foi imprescindível identificar, analisar e colaborar nas intervenções do EEESIP supervisor do estágio, durante a CESIJ, com a oportunidade de realizar, de forma autónoma, diversas consultas.

No decorrer das CESIJ e, tendo em conta o que se encontra preconizado pelo PNSIJ, foram avaliadas as preocupações dos pais, de acordo com os diferentes estadios de desenvolvimento da criança (DGS, 2013). Constatou-se uma necessidade de incluir, no decorrer das consultas, uma abordagem direcionada apenas para os pais, sobre como é que as questões relacionadas com a criança os afetavam. Uma vez que compete ao EEESIP identificar quais as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, que afetem qualquer um dos integrantes do binómio promovendo assim, apoio emocional e assistência aos pais durante situações de crise potenciadoras de *stress* (Docherty et al., 2019; Regulamento n.º 422/2018).

Em conjunto com o enfermeiro supervisor clínico e com a anuência da docente orientadora, no sentido de incluir a abordagem do *stress* parental durante as CESIJ, foi pertinente a realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem, intitulada de "*Stress* na Parentalidade – Durante o Desenvolvimento Infantil" (Apêndice C).

A formação contínua, realizada através da implementação de intervenções como a formação de saúde, permitem uma educação, através da produção e sistematização dos conhecimentos, com o intuito do desenvolvimento na atividade dos profissionais de saúde. A transmissão de conhecimentos atualizados, com base na evidência científica mais recente, permitirá aos profissionais não só a atualização, mas também a melhoria das suas práticas (Lepesteur, 2024; Proença et al., 2021; Ribeiro et al., 2024).

Adicionalmente, aplicámos dois questionários na sessão de formação, o primeiro, antes da realização da mesma, intitulado "Questionário de Diagnóstico" (Apêndice D), cuja finalidade foi avaliar, o conhecimento sobre a temática do *stress* parental e de como é que esta influência o desenvolvimento infantil. Posteriormente à realização da sessão aplicámos um segundo questionário, "Questionário de Avaliação da Sessão de Formação" (Apêndice E), constituído por duas partes, numa primeira parte,

avaliamos os conhecimentos adquiridos com a sessão de formação realizada e, na segunda parte avaliamos a sessão de formação.

No entanto, a aplicação destes questionários, assim como, das restantes intervenções, careceram de um pedido de apreciação à Comissão de Ética, da Unidade Local de Saúde (ULS), no qual nos encontrávamos a realizar o Estágio, relativos a estudos de investigação (Anexo A). Após o parecer positivo da Comissão de Ética (Anexo B), foi delineado um plano de sessão da formação (Apêndice F) e a posterior convocação da equipa de enfermagem para a realização da mesma.

A sessão de formação foi idealizada para a equipa multidisciplinar da USF, especificamente, para médicos e enfermeiros, que lidam, diariamente, com os pais. No entanto, apenas, estiveram presentes cinco enfermeiros e uma aluna de enfermagem. Da caracterização dos profissionais de enfermagem, três apresentam especialidade em Enfermagem em Saúde Comunitária, porém, só um com mestrado associado. Existe um enfermeiro com especialidade em saúde infantil e juvenil e um enfermeiro de cuidados gerais.

Os questionários realizados apresentam as mesmas questões sendo que, no questionário de avaliação, adicionou-se a avaliação da sessão, com o intuito de melhoria individual. Assim, nas primeiras três questões os formandos selecionaram de 1 a 5, na qual 1 indica que discorda totalmente e 5 indica que concorda totalmente com o exposto (Mazurek et al., 2021). As questões são:

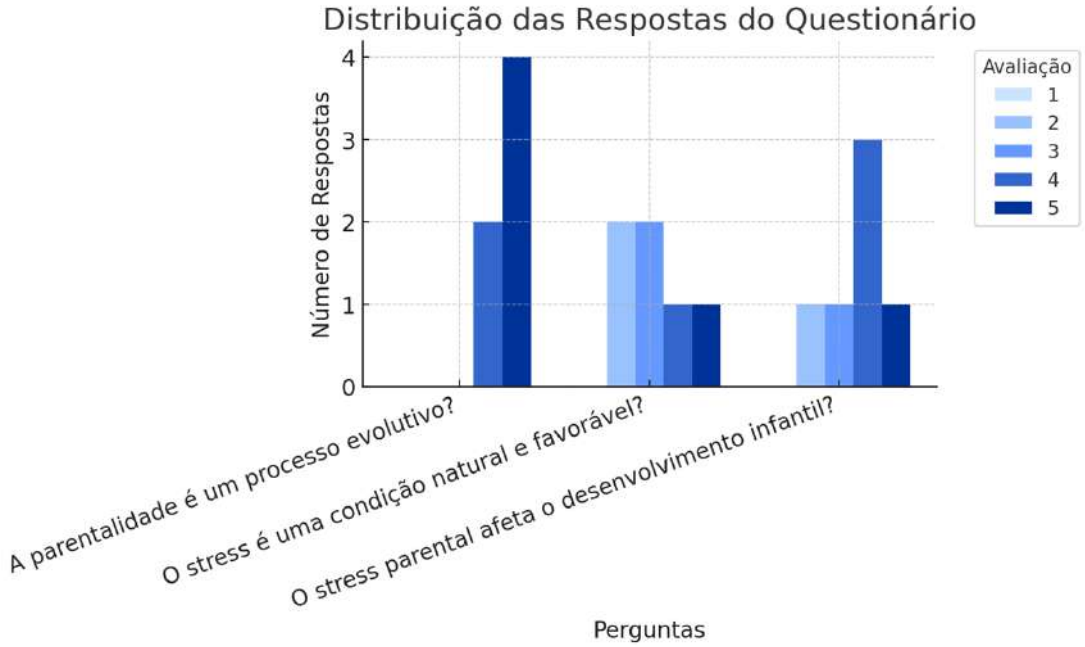
1. A parentalidade é um processo evolutivo, com diversas alterações e adaptações?
2. O *stress* é uma condição natural e considerado favorável?
3. O *stress* parental afeta negativamente o desenvolvimento infantil?

No que concerne às questões 4 e 5 optámos por desenvolver questões de resposta aberta ainda que, estas não sejam superiores às questões fechadas, permitem uma validação completa sobre a questão, sendo úteis na avaliação da eficácia da formação realizada (Günther e Júnior, 2012). As questões foram: "Existem outros fatores que influenciam o *stress* parental? Quais os fatores?"; "Considera as estratégias de *coping* relevantes para a gestão do *Stress* Parental?".

A análise dos resultados obtidos, nas questões de 1 a 3, do questionário prévio à sessão de formação e após a realização da mesma encontram-se descritos, respetivamente, no gráfico 1 e gráfico 2.

Gráfico 1

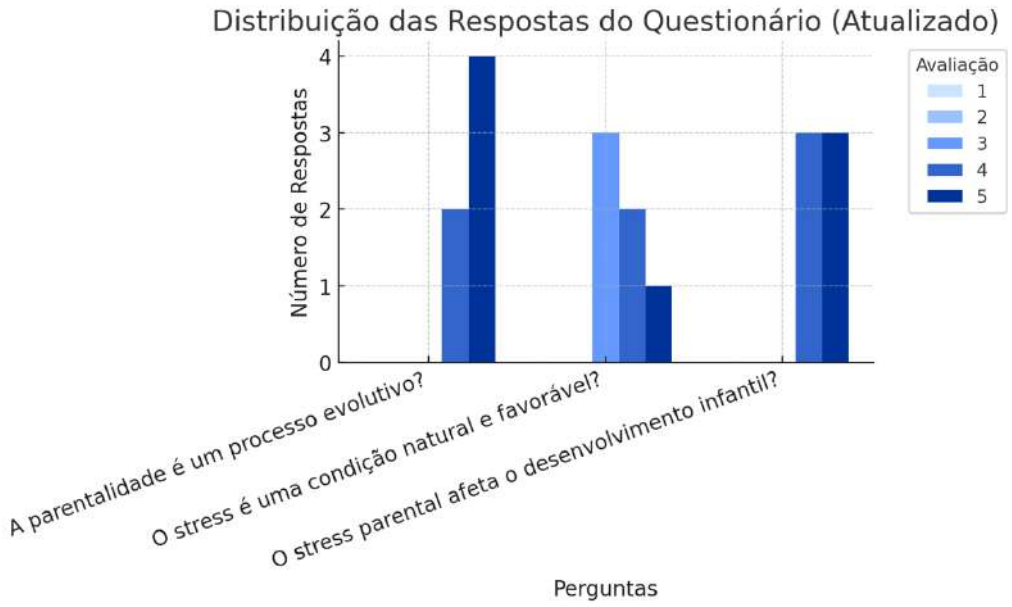
Análise dos resultados do "Questionário de Avaliação da Sessão de Formação"



Nota. Fonte: Realizado pela autora.

Gráfico 2

Análise dos resultados do "Questionário de Diagnóstico"



Nota. Fonte: Realizado pela autora.

A análise das respostas, às três primeiras questões, de ambos os questionários, evidencia o êxito da sessão de formação, sendo particularmente relevante a terceira questão, que indagava sobre a influência do *stress* parental no desenvolvimento infantil. Verificou-se uma concordância unânime entre os participantes relativamente à afirmação de que o *stress* parental afeta negativamente o desenvolvimento das crianças, o que reforça a eficácia da intervenção formativa.

No que respeita às questões de resposta aberta, os dados obtidos demonstram uma efetiva aquisição de conhecimentos por parte dos intervenientes, resultante da transmissão de conteúdos relativos ao *stress* parental no contexto do desenvolvimento infantil. A análise qualitativa das respostas revela que todos os participantes foram capazes de identificar, de forma correta, os fatores que contribuem para o aumento do *stress* parental, bem como de justificar a importância das estratégias de *coping* na sua gestão, evidenciando, assim, uma compreensão significativa da temática abordada.

Ademais, realizámos a proposta da aplicação de intervenções que promovessem a abordagem da temática, junto dos pais e da família, durante as CESIJ, mais especificamente, com a criação de um folheto informativo denominado "*Stress* na Parentalidade – Guia Informativo" (Apêndice G) a ser distribuído durante a realização das mesmas.

Além disso, criámos um vídeo informativo em formato de *stopmotion* (Apêndice H) com o intuito de ser transmitido nas televisões da sala de espera da USF. Este vídeo foi realizado, de forma autónoma, com supervisão do EEESIP e o aval da docente orientadora, tendo sido efetuado um pedido de transmissão do mesmo, à comissão de ética da ULS e, posteriormente, ao departamento de marketing (Apêndice I).

A escolha deste tipo de metodologia, de cariz informativo, por meio do ambiente virtual, permite o rápido acesso à informação, tornando-se uma fonte de literacia em saúde, numa população altamente conectada à tecnologia (Libardi et al., 2018).

Ademais, neste Estágio, foi-nos proposto, como metodologia de avaliação do mesmo, o desenvolvimento de um estudo de caso (EC). Um EC pode ser definido como uma abordagem qualitativa e metodológica de investigação que, requer uma pesquisa aprofundada de um indivíduo, grupo, ou evento, para compreender, o imo, sobre um problema, fenómeno, ou situação real do mesmo (Coombs, 2022).

A realização do EC permite a aquisição de informações detalhadas e a compreensão do caso em estudo, com o intuito de gerar novas teorias ou conhecimentos (Coombs, 2022). Na prática de enfermagem, um EC permite a colheita necessária de informações pertinentes para a tomada de decisão e através da elaboração do mesmo é possível planear de forma individual e personalizada uma orientação específica para aquele utente (Simões, 2018).

O desenvolvimento do EC possibilita que se "(...) observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações" (Galdeano, et al., 2003, p. 373). Desta forma, estabelecer então uma ligação entre a teoria com a prática.

O EC desenvolvido (Apêndice J) foi sobre uma criança de dois anos, que para além de todas as alterações e adaptações, características do desenvolvimento infantil, mais recentemente deixou de ser filha única. Quando questionámos a mãe se existia alguma preocupação ou intercorrência desde a consulta anterior, a mesma referiu que existe alguma consternação na adaptação da criança ao irmão, o que despoletou episódios intensos de birras.

A infância é caracterizada por diversas alterações, das quais são predominantes as questões do temperamento. Durante este período, ocorrem as tão características birras, na qual as crianças ainda não apresentam controlo sobre as suas emoções, no entanto querem ser mais autónomas sobre si mesmas (Duffy, 2019; Fujiana et al., 2022; Silva, 2020).

Os pais consideram esta fase bastante desafiante, devido às mudanças repentinas de comportamento das crianças, o que é um fator potenciador de *stress* para os mesmos, uma vez que, para além de não saberem lidar com as birras, os mesmos ficam consternados com a possibilidade de não conseguirem transmitir "(...) valores e limites que consideram imprescindíveis ao amadurecimento da criança." (Silva, 2020).

Como elemento fulcral, na parceria de cuidados entre o EEESIP e o binómio, é importante a capacitação dos pais e/ou da família, através do processo de informar e apoiar, a fim de encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento enquanto pais e, por conseguinte, melhorar as suas competências que potenciam o desenvolvimento da criança. Por outro lado, este processo de capacitação permitirá, aos pais, aprenderem a lidar com comportamentos potencialmente desafiadores, durante cada fase de crescimento e desenvolvimento da criança (Paul, 2019).

Usualmente, o temperamento da criança só é percecionado pelos pais quando ocorre o nascimento de um segundo filho (Putnam et al., 2002).

Naturalmente, quando ocorre o nascimento de uma nova criança numa família, este acontecimento representa um evento crítico na vida da criança mais velha, uma vez que deixa de ser o centro de toda atenção e passa a partilhá-la com o novo elemento da família (Duffy 2019).

Surge assim, uma rivalidade entre irmãos. Isto, não significa que exista ódio ou ressentimento, da criança pelo recém-nascido, mas sim, a todos os eventos associados à sua chegada, como por exemplo, a ausência da mãe, no período do parto (Duffy 2019).

Aconselha-se que os pais incluam a criança, na rotina do recém nascido, uma vez que as crianças de dois anos apreciam atividades rotineiras, pela sensação de controlo e segurança, por saberem o que ocorre (Duffy, 2019).

Habitualmente, quando as crianças se sentem frustradas e não sabem lidar com isso, devido à sua imaturidade, despoletam vários comportamentos, como exigência por algo que não podem ter, choro intenso, baterem com os pés ou susterem a respiração. Todos estes comportamentos são comummente designados por birra, ou birras (Duffy 2019; Opperman & Cassandra, 1998).

De acordo com Guyer et al. (2015, citado por Duffy, 2019, p. 402) e Eisenberg et al. (2015, citado por Duffy, 2019, p. 402), o tipo de parentalidade influencia o desenvolvimento social e emocional da criança.

Não existe uma "receita" para a melhor parentalidade, no entanto, o EEESIP, pode sugerir algumas estratégias, a serem adotadas pelos pais durante o período de crise da criança. Contudo, é importante que os pais estejam calmos e assumam a responsabilidade, durante todo o desenvolvimento da birra. Ignorá-las pode não ser a escolha mais acertada, uma vez que a criança pode sentir-se assustada pela possibilidade de o adulto de referência, não se encontrar disponível para a ajudar naquele período (Duffy 2019; *Government of South Australia*, 2020).

Algumas destas estratégias são:

- Os pais demonstrarem que percebem como é a criança se sente;
- Assegurar à criança que embora ela esteja chateada ou aborrecida, esses sentimentos irão passar e irá sentir-se novamente bem;
- Providenciar diversas opções de escolha, ao invés das opções tudo ou nada;
- Assegurar que todos os membros da família, tem a mesma resposta;
- Quando a criança estiver calma, nos períodos sem birras, os pais devem elogiar a criança pelo seu comportamento positivo, ou através do recurso a de sistema de recompensas, através de adesivos, por exemplo (Duffy 2019; *Government of South Australia*, 2020).

Importa reforçar que, após uma situação de birra, é importante que os pais falem com a criança sobre o que aconteceu e o que podem, ambos, retirar da situação, uma vez que, as birras, ajudam a criança a construir a sua autonomia (*Government of South Australia*, 2020; Silva, 2020).

Lidar com uma situação de crise, nomeadamente, com as birras das crianças, pode ser bastante stressante (*Government of South Australia*, 2020). Assim, foi fornecido à mãe o folheto desenvolvido, assim como, explicitadas algumas estratégias a adotar não só com a criança, mas também pelos pais para

conseguirem lidar com os momentos de tensão. Ademais, reforçámos a disponibilidade por parte da equipa em fornecer apoio para esta situação de crise ou outras que pudessem surgir.

4.2.2 A Gestão Do *Stress* Parental Num Serviço De Internamento De Pediatria

De acordo com Antão et al. (2018), a doença e a consequente hospitalização da criança desencadeiam uma diversidade de sentimentos adversos, que podem impactar, negativamente, a dinâmica familiar. Para os pais, lidar com as adversidades deste período, como os procedimentos dolorosos a que a criança é submetida e a ansiedade face ao diagnóstico, representa uma rutura na sua rotina habitual. Este processo de transição pode comprometer não só o desempenho do papel parental durante a hospitalização, mas também ter repercussões ao longo das suas vidas (Carmo et al., 2020).

Sousa et al. (2023) corroboram, descrevendo que apenas a simples deslocação da criança para o hospital altera a relação do binómio e, ainda que exista, no seio hospitalar, apoio para esta transição, mesmo para as famílias organizadas, os internamentos inesperados, mesmo os de curta duração, repercutem-se, negativamente, nos pais.

O EEESIP, enquanto responsável pela implementação de estratégias que promovam o desenvolvimento de competências na gestão do processo de saúde-doença da criança e dos pais, desempenha um papel essencial na gestão do *stress* parental resultante da hospitalização (Regulamento n.º 422/2018).

A. Descrição Do Contexto De Estágio Num Serviço De Internamento De Pediatria

A presente descrição do serviço de internamento de pediatria, contexto onde foi realizado o estágio, enquadra-se no primeiro, de três contextos que constituem o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório. A escolha deste contexto permitiu-nos compreender uma realidade diferente da nossa, uma vez que nos encontramos a exercer funções também num SIP. Deste modo, possibilitou-nos conhecer rotinas e métodos de trabalho diferentes, assim como, a partilha e a aquisição de experiências enriquecedoras para a nossa prática diária.

O SIP está integrado numa ULS localizada numa área metropolitana, tendo como população-alvo, crianças dos zero aos dezassete anos e sessenta e quatro dias, com a particularidade de atender uma população multicultural.

De acordo com a Lei n.º 106/2009, "A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua" (p. 6254). No SIP, as crianças internadas têm direito a um acompanhante com permanência

de 24 horas, além de um período de visitas entre as 10h e as 20h, destinado a outros familiares próximos ou distantes, desde que previamente acordado com o enfermeiro responsável durante o turno. Adicionalmente, em casos de internamento prolongado, é incentivada a visita de irmãos, uma prática alinhada com os princípios dos CCF, filosofia adotada no SIP.

O acesso ao SIP é localizado no piso 2, realizado através de um código, apenas do conhecimento dos profissionais que exercem funções no mesmo, permitindo a segurança das crianças durante o período de internamento.

O serviço divide-se em três áreas: ala A, ala B e a unidade de cuidados intermédios pediátricos, que dispõe de trinta e duas camas. No entanto, não existe uma separação física entre estas áreas, sendo que esta divisão apenas permite uma gestão mais eficiente das diversas valências do serviço.

A Ala A e B são compostas por diversas enfermarias, de quartos partilhados e de isolamento com casa de banho privativa. As valências que constituem a SIP são a Pediatria Médica e a Cirurgia Pediátrica, Cirurgia de Ambulatório, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Oftalmologia.

Integrado no SIP, encontra-se a Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (UHDP), que dispõe de quatro camas. Esta unidade é composta por uma equipa de enfermagem, que engloba cuidados a crianças com doença crónica e/ou aguda que, apesar de reunirem critérios para alta hospitalar, necessitam de cuidados de enfermagem específicos (*e.g.*, antibioterapia endovenosa), porém apenas engloba crianças que residam numa área de 30 km.

A mesma equipa da UHDP também integra a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos pediátricos, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem alinhados com a vontade da criança e da sua família, bem como com as diretrizes dos cuidados paliativos pediátricos (Martins & Ramos, 2020).

A unidade de cuidados intermédios pediátricos dispõe de seis vagas, que são ocupadas por crianças que cumpram determinados critérios. Destes destacam-se a instabilidade hemodinâmica, que requer monitorização cardiorrespiratória permanente, de crianças já internadas no SIP, ou que são transferidas do SUP ou dos cuidados intensivos pediátricos.

O SIP articula-se com o hospital de dia pediátrico, no qual são realizados procedimentos e tratamentos em regime de ambulatório e com as consultas externas, denominado de departamento da criança e jovem, no qual são disponibilizadas as seguintes consultas: Adolescentes, Cardiologia, Cirurgia, Desenvolvimento, Diabetes, Dietética, Endocrinologia, Gastroenterologia, Genética Médica, Hematologia Pediátrica, Hematologia Neonatal, Imunoalergologia, Imunodeficiências, Infeciologia Pediátrica, Infeciologia Neonatal, Nefrologia, Neonatologia, Neuropediatria, Obesidade, Patologia do Sono, Pediatria Social, Pediatria Geral, Pneumologia, Psicologia, Reumatologia, Pediatria – cuidados paliativos.

Os registos realizados pelos enfermeiros são executados num sistema informático denominado de *Soarian Clinicals*® desenvolvido para facilitar a transmissão de informação no seio de uma organização, através de diversas panóplias de funcionalidades que permitem parametrizar os cuidados adaptados a cada criança, constituindo o processo de enfermagem (Neves, 2012).

O sistema de medicação implementado no SIP denomina-se Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), permitindo a formalização de pedidos, a gestão de stock e a requisição da terapêutica prescrita para cada doente. Este sistema informatizado possibilita que os pedidos sejam enviados diretamente à farmácia hospitalar, contribuindo para a redução de erros e para a otimização da segurança no circuito do medicamento (Alves, 2023; Serviços Técnicos de Informática, 2020).

Para além disso, o GHAF possibilita a realização segura de todas as verificações preconizadas antes da administração da terapêutica, uma vez que permite a impressão de etiquetas com informação essencial, como o nome completo da criança, data de nascimento, designação do medicamento, dosagem e via de administração.

No âmbito do circuito de segurança do medicamento, reconhece-se que as crianças constituem um grupo particularmente vulnerável à ocorrência de eventos adversos durante a administração da terapêutica. No SIP, a medicação é organizada em gavetas individualizadas por criança, estruturadas por turnos (manhã, tarde e noite), conforme a prescrição médica. Contudo, em cada ala do serviço, encontra-se disponível um stock com a medicação de uso mais frequente.

Adicionalmente, o método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem determina que, antes da administração de qualquer medicação, seja realizada a confirmação do nome completo e da data de nascimento da criança junto do acompanhante (mãe, pai ou outro). Esta prática visa garantir a segurança da intervenção, minimizando o risco de erro terapêutico, como a administração indevida da medicação à criança errada (França et al., 2023; Saldarriaga Sandoval et al., 2021).

Como referido, anteriormente, durante o nosso estágio, contactámos com uma população pediátrica marcada por uma expressiva diversidade sociocultural, composta por crianças provenientes de múltiplas origens étnicas, culturais, linguísticas e religiosas.

Esta realidade desafiou-nos a adotar uma prática de enfermagem culturalmente sensível e ajustada às necessidades específicas de cada criança e respetiva família. Procurámos, assim, assegurar cuidados centrados na criança, equitativos e humanizados, respeitando as diferenças e promovendo a inclusão (Golsäter et al., 2023; Leininger & McFarland, 2002). Esta vivência permitiu-nos consolidar competências na adaptação da comunicação e das intervenções em saúde, reconhecendo o papel determinante que a multiculturalidade desempenha na resposta às necessidades em contexto pediátrico (Golsäter et al., 2023). A diversidade cultural presente nos serviços de saúde pediátricos exige dos profissionais de enfermagem

uma constante reflexão ética e cultural, que se traduz na prestação de cuidados individualizados, culturalmente competentes e promotores da equidade (OE, 2017).

O SIP dispõe de uma sala de atividades, operacional durante os dias úteis, com o apoio de duas educadoras de infância. Este recurso permite às crianças internadas a continuidade do seu percurso educativo, possibilitando o acompanhamento dos conteúdos curriculares e, consequentemente, a minimização do impacto da hospitalização no seu desenvolvimento académico (Fiorot & Pontelli, 2017). Paralelamente, a promoção do brincar é incentivada enquanto ferramenta terapêutica essencial para facilitar a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, promovendo o seu bem-estar emocional e psicológico (Engenheiro et al., 2016; Oliveira & Palmeira, 2018). Diversos estudos reconhecem o brincar como um direito fundamental da criança hospitalizada, com impacto direto na redução da ansiedade, no aumento da cooperação com os profissionais de saúde e na humanização dos cuidados prestados (Engenheiro et al., 2016; WHO, 2018).

B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP

No contexto do SIP definimos a partir do objetivo geral "Desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com os pais ou cuidadores nos diferentes locais de estágios", como objetivos específicos, para a prestação de cuidados especializados de EEESIP os seguintes:

- Compreender e prestar cuidados de enfermagem especializados, que visem a abordagem da criança e da sua família, respetivamente, durante o processo de doença da criança;
- Desenvolver competências de EEESIP no âmbito dos cuidados prestados em contexto de internamento pediátrico à criança em situação de doença.

Com o intuito do sucesso da concretização dos objetivos delineados previamente, foram planificadas as seguintes atividades: a) realização de uma reunião com o enfermeiro gestor e o EEESIP supervisor do estágio; b) perceção do contexto, através do conhecimento das instalações, a equipa multidisciplinar, os recursos disponíveis, o circuito do doente e a consulta de documentos e normas existentes no serviço; c) compreensão da população-alvo dos cuidados prestados; d) observação e análise das intervenções desempenhadas pelo EEESIP; d) pesquisa e consulta de bibliografia relacionada com as intervenções prestadas à criança e família, em situação de doença, internadas SIP; e) prestação de cuidados à criança em situação de doença, em colaboração com o EEESIP supervisor.

No subcapítulo anterior apresentámos a organização e o funcionamento do SIP, bem como, a caracterização da população-alvo dos cuidados prestados, correspondente à área geográfica abrangida pela unidade hospitalar.

No âmbito do processo de integração e planeamento do estágio, realizámos uma reunião com o enfermeiro gestor e com o EEESIP orientador, com o objetivo de apresentar e discutir os objetivos delineados para o nosso percurso formativo. Esta reunião permitiu-nos validar a pertinência dos objetivos propostos, garantindo a sua adequação à realidade do contexto clínico. Adicionalmente, avaliámos em conjunto a viabilidade da implementação do projeto de intervenção, considerando os recursos existentes, as dinâmicas da equipa e as características da população-alvo. A reflexão partilhada e a orientação recebida foram fundamentais para assegurar o alinhamento das nossas intervenções.

No SIP, tivemos a oportunidade de observar a aplicação da metodologia de trabalho individual na prestação de cuidados de enfermagem, através da atribuição de um enfermeiro responsável por uma determinada criança e respetiva família, durante todo o turno, assegurando a continuidade, personalização e qualidade dos cuidados prestados. Esta abordagem permitiu-nos compreender a importância da responsabilização profissional e da construção de uma relação terapêutica mais próxima, favorecendo a confiança e a humanização dos cuidados (Nadeau et al., 2017). Ademais, a implementação desta metodologia de trabalho não ocorre de forma isolada, exigindo uma articulação eficaz com os restantes membros da equipa de enfermagem e multidisciplinar, promovendo uma comunicação clara, colaboração e partilha de informação relevante para a tomada de decisão clínica (Alkhaqani, 2023).

Verificámos, igualmente, a implementação das filosofias dos CCF e da parceria de cuidados, nas intervenções de enfermagem, estas perspetivas valorizam a integração ativa dos pais no processo terapêutico, reconhecendo-os como elementos fundamentais no planeamento e execução dos cuidados. A criança é considerada de forma integrada no seu contexto relacional e emocional, sendo os seus cuidadores diretos, igualmente, alvo da nossa atenção enquanto profissionais de enfermagem (Alqarawi et al., 2025; OE, 2017).

Além disso, constatámos a aplicação da filosofia dos cuidados atraumáticos, orientada para a minimização do sofrimento físico e emocional da criança durante a hospitalização (Hockenberry, 2019). Foram observadas diversas estratégias não farmacológicas para a gestão da dor e do desconforto, adequada à idade e ao desenvolvimento da criança, como técnicas de relaxamento e distração, criação de um ambiente calmo e seguro e utilização de materiais lúdico-pedagógicos, incluindo livros, autocolantes, bonecos e o telemóvel como ferramenta de entretenimento e distração.

Paralelamente, foram aplicadas intervenções farmacológicas como o recurso ao anestésico local EMLA® e à administração de Livopan®, com vista à redução da dor em procedimentos invasivos. Esta

conjugação de estratégias contribui, significativamente, para a humanização dos cuidados e para a promoção do bem-estar da criança em contexto hospitalar (OE, 2013, 2017).

C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção

O diagnóstico de situação foi realizado com base na observação direta do contexto e na reunião previamente descrita com o enfermeiro gestor e o EEESIP orientador. Na sequência do diagnóstico, identificámos uma equipa manifestamente saturada pela recorrente implementação de projetos de intervenção, reflexo da elevada rotatividade de alunos no SIP. Neste sentido, considerámos essencial a introdução de estratégias inovadoras, que promovessem o envolvimento e a adesão efetiva da equipa de enfermagem.

Outro fator determinante que exigiu a adaptação das intervenções prende-se com as características específicas da população-alvo dos cuidados. Tratando-se de uma comunidade multicultural, com barreiras comunicacionais significativas e, em grande parte, com baixos níveis de escolaridade, tornou-se evidente a necessidade de ajustar a linguagem, os suportes informativos e as estratégias de comunicação, de forma a garantir a promoção efetiva da literacia em saúde e a participação ativa dos cuidadores no processo terapêutico.

Brito et al., (2015) e Nutbeam (2008) evidenciam que a diversidade cultural e as limitações na literacia em saúde podem comprometer a compreensão da informação, a adesão terapêutica e o envolvimento das famílias nos cuidados de saúde da criança. Assim, a adoção de uma abordagem culturalmente sensível e adaptada ao nível de compreensão dos cuidadores constitui uma estratégia essencial para a equidade no acesso aos cuidados e para a melhoria dos resultados em saúde (Silva, 2024; WHO, 2013a).

Assim, a partir deste diagnóstico de situação, definimos como objetivos específicos do projeto de intervenção aplicado ao SIP:

- Sensibilizar os enfermeiros do SIP para a relevância da temática em estudo;
- Capacitar os enfermeiros do SIP na gestão do *stress* parental em pais/cuidadores de crianças em situação de doença aguda;
- Transmitir conhecimentos e desenvolver competências nos pais/cuidadores para a gestão do *stress* durante a transição saúde/doença aguda, considerando as diferentes etapas do desenvolvimento infantil.

Com o intuito de concretizar os objetivos delineados, tornou-se imprescindível identificar, analisar e colaborar com o EEESIP supervisor do estágio, acompanhando as intervenções realizadas

junto do binómio criança-família internado no SIP, beneficiando da oportunidade de prestar cuidados de forma autónoma, mas supervisionada.

Após o deferimento do enfermeiro supervisor clínico e com a anuência da docente orientadora, procedemos à integração da abordagem do *stress* parental no SIP, culminando na realização de uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem, intitulada "*Stress* na Parentalidade" (Apêndice K).

Tal como previamente referido, foi necessário conceber uma estratégia formativa inovadora e apelativa, que estimulasse o interesse da equipa. Para esse efeito, optámos por desenvolver a formação em suporte físico, com recurso a post-its coloridos que eram colocados à medida que a apresentação era feita (realizámos também em formato informático) (Apêndice L). Esta estratégia de apresentação permitiu-nos contrariar a tendência predominante de formações exclusivamente digitais, frequentemente, percecionadas como repetitivas, pouco interativas e, por conseguinte, com menor capacidade de motivar e envolver os profissionais (Salas et al., 2012).

A escolha por um formato impresso permitiu-nos criar um material de consulta acessível e adaptado ao ritmo de trabalho da equipa de enfermagem, promovendo uma experiência formativa mais flexível e compatível com o contexto clínico. Esta abordagem revelou-se eficaz para estimular a reflexão individual, sem depender de recursos tecnológicos ou de momentos síncronos, sendo considerada uma estratégia pedagógica válida, sobretudo em ambientes com elevada carga assistencial (Cook et al., 2010). Além disso, contribuiu para reforçar o envolvimento dos profissionais na temática, ao proporcionar um contacto mais direto e tangível com os conteúdos formativos.

De acordo com o preconizado na metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010), a etapa de avaliação assume um papel central no processo de intervenção, uma vez que permite aferir a eficácia das estratégias implementadas e o grau de concretização dos objetivos definidos. Esta etapa não se restringe à simples mensuração de resultados, constituindo igualmente um momento de reflexão sistematizada sobre o impacto da intervenção e a identificação de oportunidades de melhoria contínua.

Neste contexto, após cada sessão de formação, solicitámos a cada elemento da equipa que expressasse, num post-it, a sua opinião relativamente à temática abordada e às estratégias sugeridas, promovendo uma recolha informal, mas significativa, de perceções e contributos da prática. Da recolha dos dados, podemos constatar que todos os elementos consideraram o tema adequado à prática e à população-alvo de cuidados.

As intervenções para a gestão do *stress* parental foram delineadas para pais de crianças em situação de doença aguda. A hospitalização de uma criança neste contexto representa, para os pais, um evento de elevada carga emocional, frequentemente, marcado por sentimentos de ansiedade, medo e insegurança. A natureza súbita e imprevisível destas situações clínicas, aliada à necessidade de rápida adaptação ao

ambiente hospitalar, pode intensificar o *stress* parental, comprometendo a perceção de controlo e a competência no exercício do papel parental (Flores Chura & Ramos Caballero, 2023; Merck & McElfresh, 2019; Wray et al., 2011).

Estudos recentes apontam para uma maior vulnerabilidade psicológica dos cuidadores durante episódios de internamento por doença aguda, com risco acrescido de agravamento do seu bem-estar emocional caso não sejam implementadas estratégias de apoio adequadas (Logan et al., 2020).

Torna-se, por isso, essencial que a equipa de enfermagem esteja desperta para reconhecer os sentimentos expressos (ou não verbalizados) pelos pais ou cuidadores face ao internamento da criança, uma vez que essa perceção facilita a identificação das estratégias mais adequadas para assegurar um cuidado verdadeiramente humanizado ao binómio (Costa et al., 2019).

É igualmente importante que os próprios pais reconheçam a sua condição de vulnerabilidade (mesmo que por vezes tal não seja admitido), pois esse reconhecimento pode favorecer um sentimento de segurança na parceria de cuidados, reforçando a qualidade e continuidade da intervenção até ao momento da alta hospitalar (Costa et al., 2019).

Com o objetivo de apoiar os pais na identificação e gestão do *stress* em contexto de hospitalização pediátrica, criámos uma estratégia pedagógica baseada numa adaptação da metodologia dos 5W2H, uma ferramenta de apoio à análise e resolução de problemas, amplamente utilizada em processos de planeamento e gestão (Oliveira et al., 2024). A mnemónica desenvolvida assenta em quatro questões-chave: "O quê?", "Porquê?", "Quando?" e "Como?". Esta abordagem visa estimular a autorreflexão dos pais através de perguntas orientadoras, nomeadamente: "O que é que lhe causa *stress*?", "Por que razão se sente stressado(a)?", "Quando é que começou a sentir este *stress*?" e, por fim, "Como é que pode/podemos ajudá-lo(a) a aliviar esse *stress*?".

Neste processo, o EEESIP assume um papel central enquanto facilitador da comunicação terapêutica e promotor da adaptação dos pais ao contexto de internamento da criança. Através da escuta ativa, da empatia e do acompanhamento contínuo, o EEESIP guia os pais na identificação das suas fontes de *stress* e colabora na construção de estratégias personalizadas de alívio emocional. Esta atuação é fundamental para garantir uma abordagem centrada na família e para promover um ambiente de cuidado humanizado, que valorize a experiência emocional dos cuidadores (Alqarawi et al., 2025).

A evidência demonstra que a comunicação eficaz entre enfermeiros e pais contribui significativamente para a segurança e qualidade dos cuidados pediátricos, e que a escuta ativa, aliada à empatia, constitui uma ferramenta essencial na gestão das emoções parentais, especialmente em situações de vulnerabilidade como o internamento infantil (Azevêdo et al., 2017; Cruz & Angelo, 2019).

Esta atuação especializada não só contribui para a capacitação parental e a promoção do bem-estar familiar, como reforça os princípios dos cuidados centrados na família, baseados na parceria, no respeito mútuo e na valorização da experiência individual de cada cuidador (Alqarawi et al., 2025; OE, 2017). Assim, esta intervenção, fundamentada na metodologia dos 5W2H, permite uma abordagem prática, reflexiva e humanizada, integrando os cuidadores como elementos ativos e reconhecidos no processo de cuidados à criança hospitalizada.

Apesar de os pais serem considerados "parceiros de cuidados", observa-se que, em muitas situações, os profissionais de enfermagem tendem a centrar a sua atuação exclusivamente na criança, desvalorizando o suporte aos cuidadores. Por vezes, estes são vistos apenas como prestadores de cuidados básicos (alimentação, higiene, conforto), enquanto os enfermeiros se ocupam das intervenções técnicas e dos procedimentos clínicos, distanciando-se da relação interpessoal com os cuidadores. Esta prática evidencia a necessidade de um olhar mais atento e holístico por parte dos profissionais, que deve incluir não apenas a criança, mas também o bem-estar físico e emocional dos pais, uma vez que este pode ter impacto direto e negativo no processo de desenvolvimento infantil (Antão et al., 2018; Costa et al., 2019).

Com o intuito de promover a acessibilidade à informação e facilitar a promoção da literacia em saúde com os pais, elaborámos um folheto de carácter informativo, intitulado "*Stress* na Parentalidade – Durante a Hospitalização", destinado a ser entregue aos pais no momento da admissão da criança no internamento (Apêndice M). Este recurso foi desenvolvido nas duas principais línguas faladas no SIP, o português e o inglês e, tendo em consideração o número significativo de crianças e pais oriundos de países africanos de língua oficial portuguesa, foi também adaptado para crioulo, o dialeto, mais frequentemente, utilizado por esta população.

Complementarmente, criámos um cartaz com o mesmo propósito informativo (Apêndice N). Ambos os suportes incluem um *QR*Code, que, ao ser digitalizado, direciona os pais para um website onde podem aceder a uma ferramenta de tradução automática. Esta funcionalidade permite que os pais, através da simples captura de imagem do folheto ou cartaz, obtenham a respetiva tradução para o idioma da sua preferência, assegurando, desta forma, o acesso equitativo à informação por parte de todos os cuidadores, independentemente, da sua língua materna.

A fim de suplementar os materiais desenvolvidos no âmbito do projeto de intervenção no SIP, procedemos à criação de um vídeo de cariz também informativo (Apêndice O), concebido a partir dos conteúdos do folheto, anteriormente, elaborado. Esta adaptação multimodal visa responder às exigências de uma sociedade cada vez mais digitalizada, em que os meios audiovisuais se assumem como ferramentas eficazes de comunicação e educação em saúde (Wilson et al., 2012).

O vídeo, de curta duração, foi produzido com uma linguagem clara, acessível e visualmente apelativa, permitindo uma compreensão rápida e autónoma da informação, especialmente, por parte de cuidadores com menor literacia em saúde ou com limitações na leitura (Kayser et al., 2015).

Ao utilizar um suporte tecnológico amplamente difundido, adaptado ao estilo de vida atual, esta estratégia pretende não só captar a atenção, mas também potenciar o envolvimento ativo dos pais no processo de cuidados, reforçando a sua capacitação e promovendo práticas mais inclusivas e adaptadas às realidades contemporâneas (Nutbeam et al., 2018).

4.2.3 A Gestão Do *Stress* Parental Num Serviço De Urgência Pediátrica

A transição do estado de saúde para a doença, sobretudo quando ocorre de forma súbita, sem qualquer período prévio de preparação ou adaptação e que, exige a admissão da criança e dos seus pais, no serviço de urgência pediátrica, é considerada uma das experiências mais traumáticas para o binómio, se não mesmo a mais traumática (Merck & McElfresh, 2019).

A afluência dos pais aos serviços de urgência pediátrica é, muitas vezes, motivada pelo agravamento de uma condição clínica previamente identificada. No entanto, em inúmeras situações, a procura pelo serviço de urgência prende-se com perceções subjetivas de gravidade por parte dos pais, as quais nem sempre correspondem a verdadeiras situações de urgência (Merck & McElfresh, 2019; Vaz & Trigo, 2020). Caldeira et al. (2005), referem que estas "falsas" urgências acarretam diversas consequências, entre as quais destacam-se o aumento dos custos económicos, a sobrecarga dos recursos humanos e materiais, bem como a interferência na prestação de cuidados a situações clinicamente mais graves (Caldeira et al., 2005; Vaz & Trigo, 2020).

Importa, por isso, distinguir os conceitos de urgência e emergência, os quais, apesar da semelhança morfológica, apresentam significados distintos. A DGS (2001) define urgência como "todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais", enquanto emergência corresponde a "todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais" (p. 7).

Neste enquadramento, o EEESIP deve posicionar-se como agente promotor da excelência no exercício profissional, sendo capaz de mobilizar conhecimentos especializados na implementação de intervenções clínicas adequadas perante situações de instabilidade da criança (OE, 2017).

A. Descrição Do Contexto De Estágio Num Serviço De Urgência Pediátrica

O segundo contexto de estágio, que integrou o Estágio em Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, decorreu num SUP de um hospital central de referência em cuidados pediátricos. A seleção deste contexto deveu-se à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica do atendimento à criança e à sua família em situações de urgência e/ou emergência, frequentemente marcadas por elevada carga emocional e exigência clínica.

A caracterização do contexto do SUP baseou-se na observação direta do contexto e a análise documental de normas, procedimentos e orientações institucionais da unidade hospitalar onde o estágio decorreu.

SUP funciona em regime de 24 horas por dia, todos os dias da semana, assegurando cuidados integrados nas áreas de pediatria, neuropediatria, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, ortopedia e pedopsiquiatria, a todas as crianças até aos 17 anos e 364 dias de idade, conforme estipulado pelo Despacho n.º 9871/2010.

A equipa do SUP é de natureza multidisciplinar, sendo a equipa de enfermagem segmentada em micro equipas, constituídas por enfermeiros especialistas e generalistas, com alocação de funções específicas.

A distribuição dos profissionais de enfermagem aos diferentes postos de trabalho ocorre após a passagem de turno, sendo efetuada pelo enfermeiro responsável de turno, com base nas competências técnicas, científicas e experienciais de cada elemento da equipa. O enfermeiro responsável de turno, por sua vez, não se encontra alocado a um posto de trabalho, desempenhando funções de gestão e coordenação global do serviço, incluindo a articulação com outros serviços para a admissão das crianças e a gestão dos recursos humanos durante o turno (*e.g.*, definição dos momentos de pausa da equipa).

A composição da equipa de enfermagem e respetiva distribuição pelos postos de trabalho segue as diretrizes estabelecidas no Regulamento n. º 743/2019. De acordo com estas orientações, pelo menos um dos postos de triagem deve ser assegurado por um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e por um EEESIP, ambos com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades.

Adicionalmente, grande parte da equipa de enfermagem detém formação em Suporte Imediato de Vida Pediátrico e/ou Suporte Avançado de Vida Pediátrico, sendo incentivada de forma contínua pelo enfermeiro gestor à atualização de competências, através da participação em formações e cursos emergentes nesta área.

No que concerne à organização estrutural do SUP, por ser parte constituinte de um hospital apenas pediátrico, não carece de divisão da área destinada aos adultos. Contudo, devido às diversas valências que engloba, encontra-se dividido em duas áreas, a Área A e a Área B. O percurso do doente inicia-se com a entrada na sala de espera encontra-se o gabinete de inscrição do utente, no qual é realizado pelos assistentes técnicos a informatização da criança no sistema de triagem.

Na Área A, o SUP é constituído por uma sala de triagem, composta por três postos de atendimento, no entanto, só funcionam dois, abrindo o terceiro em períodos de maior afluência, no qual o número de doentes em espera e/ou o número de horas é elevado.

O sistema de triagem adotado no SUP é o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (CPTAS), conforme estabelecido pelo Despacho n.º 3762/2015. Este modelo de triagem foi, especificamente, desenvolvido para responder às necessidades clínicas e fisiológicas da população pediátrica, permitindo uma avaliação rigorosa e padronizada da gravidade da situação clínica, com base em sinais vitais, sintomas e comportamento da criança (Vaz & Trigo, 2020; Viana et al., 2023).

De acordo com a DGS (2015), o CPTAS representa a abordagem mais adequada à especificidade do utente pediátrico em contexto de urgência, na medida em que assegura uma estratificação de prioridades compatível com a idade e o estado clínico, promovendo uma resposta atempada, eficaz e humanizada. Estudos demonstram que a aplicação deste sistema contribui para a melhoria dos tempos de resposta e da qualidade assistencial, garantindo maior segurança na gestão do fluxo de doentes em unidades de urgência pediátrica (Gravel et al., 2009; Fernandes et al., 2005).

Ademais, o SUP apresenta uma sala de reanimação localizada imediatamente ao lado da sala de triagem, permitindo uma resposta rápida e eficiente em situações críticas. Dispõe ainda de quatro gabinetes destinados à observação clínica, uma sala de tratamentos e duas salas de espera reservadas para crianças particularmente vulneráveis (*e.g.*, recém-nascidos) que requerem isolamento protetor face à sala de espera principal, frequentemente, sobrelotada.

Podemos, ainda, encontrar, nesta mesma ala, uma sala de isolamento, destinada a crianças imunodeprimidas ou portadoras de patologia infetocontagiosa. Esta sala está equipada com um sistema de ventilação com pressão negativa, uma medida recomendada para a proteção cruzada entre utentes, profissionais e ambiente hospitalar (Centers for Disease Control and Prevention, 2019; European Centre for Disease Prevention and Control, 2020; WHO, 2021). Estas crianças permanecem em isolamento nesta unidade até reunirem condições clínicas e logísticas para a sua transferência segura para o serviço de infeciologia pediátrica, garantindo a continuidade dos cuidados num ambiente especializado e adaptado às suas necessidades.

Além disso, o SUP dispõe de uma Sala de Observação (SO), equipada com cinco vagas, destinada à monitorização e estabilização de crianças que requerem vigilância clínica contínua. Esta unidade permite uma avaliação mais aprofundada do estado clínico do paciente, possibilitando decisões informadas sobre a necessidade de alta, internamento ou transferência para outra unidade especializada (Trigo & Vaz, 2020).

O período de permanência na SO é, geralmente, inferior a 24 horas, conforme preconizado pelas diretrizes internacionais para unidades de observação pediátrica, que recomendam estadias máximas de 24 horas para otimizar a eficiência dos cuidados e a rotatividade dos pacientes (Mace et al., 2003; Macy et al., 2010). A implementação de unidades de observação com tempos de permanência limitados contribui para a redução das taxas de internamento hospitalar e para uma gestão mais eficaz dos recursos em serviços de urgência pediátrica (Macy et al., 2010).

A Ala B é composta por uma sala de espera, à qual as crianças apenas acedem após a realização da triagem, sendo esta destinada a utentes cuja sintomatologia (por exemplo, dor localizada, com edema e deformidade de um membro após queda traumática) exige observação clínica imediata pelas valências de cirurgia e ortopedia. Esta organização visa garantir um encaminhamento célere e direcionado, de acordo com a prioridade clínica identificada. Além disso, ainda apresenta três gabinetes de observação clínica e duas salas de tratamentos, uma delas destinada para intervenções como, colocação de gesso e pequenas cirurgias (*e.g.*, sutura de uma ferida incisiva).

Por sua vez, a resposta de pedopsiquiatria de urgência, ainda que integrada no SUP, é assegurada por uma equipa de enfermagem própria, pertencente ao serviço de internamento pedopsiquiatria. As suas instalações incluem uma sala de espera convencional, onde a criança pode permanecer acompanhada pelos pais ou cuidadores, e uma sala de contenção específica, criada para situações de risco. Esta última sala é totalmente insonorizada e almofadada, sem qualquer objeto ou mobiliário, garantindo um ambiente seguro para crianças em episódio de agitação psicomotora, risco de hétero ou autoagressão.

Embora o seu uso seja pontual, tem sido utilizada em algumas situações com crianças com perturbações do espectro do autismo, quando a elevada afluência e os estímulos sensoriais do ambiente do SUP (como ruído intenso e agitação) agravam o seu estado de instabilidade e desregulação emocional.

B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP

No contexto do SUP definimos a partir do objetivo geral "Desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com os pais ou cuidadores nos diferentes locais de

estágios", como objetivos específicos, para a prestação de cuidados especializados de EEESIP os seguintes:

- Compreender e prestar cuidados de enfermagem especializados, que integrem a abordagem centrada na criança e na sua família no contexto de urgência/emergência;
- Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da prestação de cuidados em situação de urgência pediátrica, assegurando uma resposta rápida, segura e humanizada à criança em situação de doença aguda.

Com o intuito do sucesso da concretização dos objetivos delineados previamente, foram planificadas as seguintes atividades: a) realização de uma reunião com o enfermeiro gestor e o EEESIP supervisor do estágio; b) perceção do contexto, através do conhecimento das instalações, a equipa multidisciplinar, os recursos disponíveis, o circuito do doente e a consulta de documentos e normas existentes no serviço; c) observação e análise das intervenções desempenhadas pelo EEESIP; d) pesquisa e consulta de bibliografia relacionada com as intervenções prestadas à criança e família, em contexto de urgência pediátrica; e) prestação de cuidados à criança em situação de urgência, em colaboração com o EEESIP supervisor.

No âmbito do processo de integração e planeamento do estágio, realizámos uma reunião com o enfermeiro gestor e com o EEESIP orientador, com o objetivo de apresentar e discutir os objetivos delineados para o nosso percurso formativo. Esta reunião permitiu-nos validar a pertinência dos objetivos propostos, garantindo a sua adequação à realidade do contexto clínico. Adicionalmente, avaliámos em conjunto a viabilidade da implementação do projeto de intervenção, considerando os recursos existentes, as dinâmicas da equipa. A reflexão partilhada e a orientação recebida foram fundamentais para assegurar o alinhamento das nossas intervenções.

No subcapítulo anterior, foi apresentada a organização e o funcionamento do SUP, bem como, a estrutura e o método de trabalho adotado. Importa, contudo, reforçar que a equipa de enfermagem organiza-se segundo um modelo funcional e colaborativo, em que cada profissional assume responsabilidades específicas consoante o posto de trabalho que lhe é atribuído, mantendo, simultaneamente, uma comunicação eficaz e constante com os restantes elementos da equipa.

Este modelo de organização permite garantir uma resposta rápida, segura e centrada na criança e na sua família, exigindo dos profissionais elevada capacidade de adaptação, tomada de decisão rápida e raciocínio clínico ajustado à complexidade e instabilidade inerentes ao ambiente de urgência (Fernandes et al., 2005; Vaz & Trigo, 2020).

Neste contexto, foi possível identificar a aplicação, no SUP, de diversas filosofias de cuidados pediátricos, nomeadamente, os CCF e a Modelo de Parceria de Cuidados, observadas nos diferentes

postos de trabalho. Estas abordagens valorizam a criança como sujeito ativo no processo terapêutico, promovendo o desenvolvimento do autocuidado e a gestão dos processos saúde-doença (OE, 2017)

Paralelamente, verificou-se a promoção das competências parentais através de ações de educação para a saúde, muitas vezes, realizadas num curto espaço de tempo, dada a natureza transitória do contacto com os cuidadores (OE, 2017).

Adicionalmente, foi notória a aplicação sistemática dos princípios dos cuidados atraumáticos, considerados pilares fundamentais na abordagem de procedimentos potencialmente dolorosos. Observou-se a utilização recorrente de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, nomeadamente, técnicas de distração como o uso de autocolantes, adquiridos de forma autónoma pelos próprios enfermeiros, demonstrando o seu compromisso com a humanização dos cuidados e o bem-estar da criança.

C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção

Para a realização do diagnóstico de situação, foi utilizada a observação direta do contexto, bem como realizada uma reunião com o enfermeiro gestor e com o EEESI orientador. Adicionalmente, foi essencial abordar a temática com outros elementos da equipa de enfermagem do SUP, incluindo enfermeiros generalistas, EEESIP e enfermeiros com outras áreas de especialização.

A partir da reflexão conjunta com diversos membros da equipa e com a docente percetora, emergiu a necessidade de orientar o foco da intervenção no âmbito da gestão do *stress* parental. Tal como previamente descrito, a simples procura de cuidados no SUP já constitui, por si só, um fator de amplificação do *stress* vivido pelos pais. Contudo, reconhecemos que uma abordagem direta ao *stress* parental poderia não ser bem aceite neste contexto. Os cuidadores, na maioria das vezes, demonstram uma expectativa centrada na rápida resolução do quadro clínico da criança o que, frequentemente, os torna menos recetivos a intervenções educativas ou de apoio emocional por parte do EEESIP, especialmente, em momentos de elevada ansiedade.

Assim, após nova discussão com o enfermeiro gestor, o EEESIP orientador e com o aval da docente orientadora, considerámos mais adequado, para garantir a eficácia da intervenção, direcionar o conteúdo para uma das principais causas de recurso ao SUP em idade pediátrica: a febre (Vaz & Trigo, 2020). Esta abordagem permitiu introduzir conteúdos relevantes sobre a gestão do *stress* parental de forma indireta, proporcionando aos pais informação útil num momento de vulnerabilidade, sem comprometer a aceitação da intervenção.

A febre é uma das manifestações clínicas mais comuns em idade pediátrica e constitui um motivo frequente de procura de cuidados de saúde. Define-se febre como uma elevação da temperatura corporal igual ou superior a 1 °C acima da média diária individual, considerando o local de medição (DGS, 2018; Foote, 2019).

Assim, a partir deste diagnóstico de situação, definimos como objetivos específicos do projeto de intervenção aplicado ao SUP:

- Sensibilizar os enfermeiros do SIP para a relevância da gestão do *stress* parental em contexto de urgência;
- Transmitir conhecimentos aos pais sobre a febre em idade pediátrica em contexto de urgência.

Com o intuito de concretizar os objetivos delineados, tornou-se imprescindível identificar, analisar e colaborar com o EEESIP supervisor do estágio, junta da criança e dos pais que recorrem em situação de urgência ou emergência ao SUP.

Em contexto de urgência pediátrica, a recetividade dos pais a intervenções educativas ~~em~~ é variável e pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo o nível de literacia em saúde, o estado emocional e a forma como a informação é transmitida. Assim, a utilização de materiais educativos escritos pode capacitar os pais com conhecimentos necessários para o cuidado das crianças e, potencialmente, reduzir futuras utilizações não urgentes dos serviços de urgência (Baker et al., 2009).

Deste modo, elaborámos um folheto (Apêndice P) e um cartaz (Apêndice Q) sobre a febre em idade pediátrica, para serem expostos nas principais áreas de circulação das crianças e dos pais, nomeadamente, nas salas de espera e nas salas de tratamento da Ala A e B e no SO.

A febre, quando isolada, representa uma resposta fisiológica normal do organismo a processos infeciosos sendo, raramente, um sinal de gravidade por si só (DGS, 2018; WHO, 2013b).

A perceção de gravidade atribuída à febre pelos pais está, frequentemente, associada a um défice de literacia em saúde, o que pode levar a práticas inadequadas de controlo da temperatura e à utilização indevida de serviços de saúde (Bertille et al., 2016).

Chiappini et al. (2017) evidência que a abordagem pedagógica da febre deve ser uma prioridade na prática clínica, em contexto pediátrico, sendo essencial que os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, forneçam informação clara, objetiva e adaptada ao nível de compreensão dos cuidadores Neste sentido, a comunicação eficaz por parte dos profissionais de enfermagem, especialmente, do EEESIP, permite desmistificar conceções erróneas associadas à febre, como a chamada *fever phobia*[3], amplamente, documentada entre cuidadores (Chiappini et al., 2012).

[3] Tradução da autora – Fobia da febre

Promover o conhecimento sobre a febre, os sinais de alarme e as estratégias corretas de monitorização e tratamento contribui não só para a melhoria da capacidade de resposta parental, mas também para a redução do *stress* e da ansiedade, promovendo uma utilização mais racional dos recursos em saúde (Çelik & Güzel, 2024).

Além disso, desenvolvemos um protótipo de uma aplicação (Apêndice R), com o intuito de ser acedida através do scan de um código *QR*, disposto em diferentes locais do SUP. A implementação de uma intervenção acessível através da leitura de um *QRcode* justifica-se pela necessidade de fornecer aos pais e cuidadores acesso rápido e eficaz a informações de saúde pertinentes, especialmente, em contextos de urgência pediátrica.

Karia et al. (2019), descreve que a utilização de códigos *QR* em ambientes clínicos facilita significativamente a disseminação de materiais educativos, permitindo que os utilizadores acedam a conteúdos específicos de forma imediata e conveniente nos seus dispositivos móveis.

Esta abordagem mostra-se, particularmente eficaz, pois integra-se nas rotinas digitais já estabelecidas na sociedade atual, promovendo uma maior interação e envolvimento dos pais no processo de cuidados de saúde dos seus filhos. Além disso, a utilização de tecnologias móveis para fins educativos tem vindo a revelar-se uma estratégia promissora no reforço da literacia em saúde e na adesão às recomendações clínicas (Lu et al., 2018).

Assim, foi desenvolvida a aplicação (Apêndice S) e, foi realizado pelo enfermeiro gestor , o pedido ao gabinete de comunicação da ULS, no qual se encontra inserido o SUP, porém até à data, não existiu um parecer positivo do pedido.

4.2.4 A Gestão Do *Stress* Parental Numa Unidade De Neonatologia E Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais

O internamento de um recém-nascido (RN), numa Unidade de Neonatologia ou numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UN/UCIN), configura-se como um dos acontecimentos mais perturbadores para os pais sendo, frequentemente, vivido como uma rutura abrupta com as expectativas associadas ao nascimento (Ramos et al., 2020).

A fragilidade clínica do bebé, a presença de equipamentos invasivos, a imprevisibilidade da evolução clínica e a separação precoce constituem fatores geradores de elevado *stress* parental, podendo afetar, negativamente, a vinculação e o equilíbrio emocional da família (Obeidat et al., 2009; Wigert et al., 2014).

Neste contexto, o papel do EEESIP assume particular relevância, não apenas pela prestação de cuidados altamente diferenciados ao recém-nascido, mas também pelo apoio emocional e informacional aos pais (Ramos et al., 2020).

Através da escuta ativa, da comunicação terapêutica e da promoção de estratégias de envolvimento parental nos cuidados, o EEESIP contribui para atenuar o impacto psicológico do internamento, reforçando o vínculo afetivo, a confiança e a perceção de competência parental, pilares fundamentais para uma transição mais saudável neste momento crítico do ciclo de vida familiar (Costa et al., 2022; Montirosso et al., 2012).

A. Descrição Do Contexto De Estágio Numa Unidade De Neonatologia E Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais

A UN/UCIN, onde foi realizado o terceiro e último contexto de Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, localiza-se no terceiro piso de uma unidade hospitalar, em proximidade direta com a sala de partos. Esta localização estratégica permite uma transferência célere e segura do recém-nascido (RN) e/ou do recém-nascido pré-termo (RNPT), assegurando a adequação imediata dos cuidados prestados, independentemente, da sua condição clínica.

A prematuridade representa uma das principais causas de internamento em unidades de cuidados neonatais e constitui um dos grandes desafios da neonatologia moderna, não só pelos riscos clínicos imediatos associados à imaturidade fisiológica, como também pelas potenciais repercussões no desenvolvimento a longo prazo (Montirosso et al., 2012).

A classificação do RN com base na idade gestacional é essencial para orientar a vigilância clínica e adequar os cuidados neonatais às necessidades específicas de cada grupo. De acordo com a WHO (2023), considera-se RN pré-termo aquele cujo nascimento ocorre antes das 37 semanas completas de gestação. Esta categoria subdivide-se em três grupos, consoante o grau de prematuridade: o RN extremamente pré-termo, quando o parto ocorre antes das 28 semanas de gestação; o RN pré-termo, entre as 28 semanas e menos de 32 semanas; e o RN pré-termo tardio, entre as 32 semanas e menos de 37 semanas de idade gestacional (Fisher, 2019; Wheeler, 2019).

Esta classificação é essencial, uma vez que o grau de prematuridade está, diretamente, associado ao risco de complicações neonatais, nomeadamente, imaturidade pulmonar, disfunção neurológica e dificuldades de alimentação, implicando cuidados altamente diferenciados e suporte contínuo em unidades especializadas (Lawn et al., 2010; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, n.d.).

Em Portugal, estima-se que cerca de 8% dos nascimentos ocorram antes do termo, o que representa uma taxa significativa de prematuridade e reforça a importância da existência de unidades altamente diferenciadas para a sua vigilância e cuidados especializados (Euro-Peristat, 2020).

A nível estrutural, o serviço apresenta capacidade para dez incubadoras, distribuídas por três salas: a Sala A, com três vagas destinadas a cuidados intensivos neonatais, orientada para recém-nascidos com maior instabilidade clínica, habitualmente, em resultado da sua prematuridade; a Sala B, destinada à prestação de cuidados intermédios, com cinco incubadoras; e a Sala C, equipada com dois berços, concebida para a continuidade de cuidados e preparação do RN para a alta hospitalar.

A UN/UCIN integra ainda a Rede Europeia de Neonatologia, o projeto de Apoio ao Recém-Nascido em Risco e o programa *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP).

Ademais, o serviço dispõe de dois quartos de alojamento destinados a até três mães, cuja área de residência seja superior a 30 km da unidade hospitalar. Estes quartos, assim como, uma sala de espera equipada com cacifos para armazenamento de pertences pessoais, e uma sala exclusiva para a extração de leite materno, localizam-se fora da UN/UCIN, embora com acesso direto à mesma através de um sistema de campainha.

A unidade conta ainda com uma sala de enfermagem centralizada, com visibilidade para as diferentes salas da unidade. Este espaço está equipado com monitores que permitem a avaliação contínua do estado clínico dos recém-nascidos internados, garantindo a vigilância hemodinâmica permanente. Além disso, o serviço dispõe de uma copa de leites, destinada à preparação e armazenamento do leite materno e de fórmula, utilizado tanto para alimentação como em terapias específicas, como a colostroterapia, e de uma sala independente para a preparação da medicação.

A equipa de enfermagem da UN/UCIN é constituída apenas por EEESIP, sendo esta especialização um critério obrigatório de admissão à equipa, na unidade hospitalar em que a UN/UCIN se encontra inserida.

A presença do EEESIP é um elemento essencial na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido pré-termo, dado o seu domínio técnico-científico e sensibilidade às necessidades específicas desta população altamente vulnerável (Regulamento n.º422/2018; OE, 2017).

Estes profissionais atuam na vigilância rigorosa dos parâmetros clínicos do RNPT e do RN, na implementação de intervenções individualizadas, na promoção do vínculo parental e na humanização dos cuidados, articulando competências clínicas com uma forte componente comunicacional e de apoio à família (Konukbay et al., 2024). O seu papel é, por isso, determinante para a melhoria dos resultados clínicos e para a minimização das repercussões emocionais associadas à hospitalização neonatal.

B. Objetivos Do Estágio Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica Para A Prestação De Cuidados Especializados De EEESIP

No contexto da UN/UCIN definimos a partir do objetivo geral "Desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, de forma a prestar cuidados especializados à criança em parceria com os pais ou cuidadores nos diferentes locais de estágios", como objetivos específicos, para a prestação de cuidados especializados de EEESIP os seguintes:

- Compreender e prestar cuidados de enfermagem especializados, ao RNPT e ao RN de termo e à sua família;
- Desenvolver competências de EEESIP no âmbito dos cuidados prestados ao RNPT e ao RN de termo e à sua família.

Com o intuito do sucesso da concretização dos objetivos delineados previamente, foram planificadas as seguintes atividades: a) realização de uma reunião com o enfermeiro gestor e o EEESIP supervisor do estágio; b) perceção do contexto, através do conhecimento das instalações, a equipa multidisciplinar, os recursos disponíveis e a consulta de documentos e normas existentes no serviço; c) identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; d) perceção da metodologia de trabalho específica da UN/UCIN para a prestação de cuidados; e) conhecimento do sistema de informático de registo das intervenções de enfermagem; e) observação e análise das intervenções desempenhadas pelo EEESIP na prestação de cuidados ao RNPT e ao RN de termo; f) pesquisa e consulta de bibliografia relacionada com a promoção do envolvimento dos pais e da família no cuidado ao RNPT e ao RN de termo; g) promoção da gestão do *stress* parental de pais de RNPT e ao RN de termo; *stress*) promoção da gestão de *stress* da equipa de enfermagem da UN/UCIN; i) prestação de cuidados ao RNPT e ao RN de termo, em colaboração com o EEESIP supervisor.

A fim de apresentar os objetivos definidos por nós para o percurso formativo na UN/UCIN, realizámos uma reunião com o enfermeiro gestor e com o EEESIP orientador.

A distribuição dos RN pelas salas que compõem a UN/UCIN está, intrinsecamente, relacionada com o grau de prematuridade e/ou com a complexidade da patologia que motivou o internamento. A Sala A, como previamente descrito, destina-se a recém-nascidos em situação de instabilidade hemodinâmica grave, frequentemente, dependentes de ventilação mecânica invasiva e de vigilância contínua. As Salas B e C, por sua vez, acolhem bebés em contextos clínicos mais estáveis, e em transição para cuidados intermédios e de preparação para a alta, respetivamente.

Importa salientar que, independentemente da sala onde o RN se encontra, todas as intervenções assistenciais são orientadas por uma metodologia de trabalho baseada na filosofia de cuidados NIDCAP, ainda que o método de trabalho na UN/UCIN seja individual.

O NIDCAP é descrito por Guimarães (2015) como "(...) uma forma integrada e holística dos cuidados de desenvolvimento centrados no doente e na família" (p. 100). Esta abordagem centra-se na individualização dos cuidados prestados ao RN, com ênfase na proteção do neurodesenvolvimento, particularmente, relevante em casos de prematuridade e hospitalização prolongada.

Os cuidados neuroprotetores promovidos pelo NIDCAP assentam na observação dos sinais comportamentais do bebé, ajustando os estímulos ambientais e as intervenções clínicas às suas necessidades específicas (Als et al., 1994). Entre as práticas recomendadas incluem-se a atenuação do ruído e da luminosidade, o agrupamento de cuidados para minimizar a manipulação, o posicionamento em flexão e contenção, bem como a promoção precoce do contacto pele a pele, que favorece a estabilidade fisiológica e emocional (Guimarães, 2015).

O envolvimento ativo dos pais é também um pilar desta filosofia, contribuindo para a vinculação, a autorregulação do RN e a humanização dos cuidados. A implementação sistemática dos princípios NIDCAP demonstra benefícios significativos no desenvolvimento neurológico, na redução da duração do internamento e na melhoria dos indicadores de saúde a curto e longo prazo (Altimier & Phillips, 2016; McAnulty et al., 2013).

A filosofia de cuidados NIDCAP encontra-se profundamente integrada na organização e dinâmica da UN/UCIN, refletindo-se não apenas na prática clínica, mas também na estrutura física da unidade. O espaço foi concebido com a utilização de cores suaves e neutras, assim como uma iluminação regulada e um controlo de ruídos, estas medidas permitem reduzir os estímulos visuais excessivos e promover um ambiente calmo.

Graven & Browne (2008) e Philbin & Gray (2002), evidenciam que a exposição a ruídos excessivos e luz intensa em unidades neonatais está associada a maior instabilidade comportamental, dificultando a autorregulação do RN. A criação de ambientes sensorialmente controlados contribui para a maturação neurológica, qualidade do sono e maior conforto, favorecendo uma transição mais harmoniosa do RN para a vida extrauterina (Altimier & Phillips, 2016; Wachman & Lahav , 2011).

Uma das estratégias implementadas pela equipa de enfermagem, para a minimização de ruídos, é através da não utilização de telemóveis nas salas, a sua utilização é reservada exclusivamente à sala de enfermagem (para os profissionais) e à sala de espera (para os pais).

Ademais, a sala de enfermagem apresenta uma tonalidade lilás, cor que, além de simbolizar a prematuridade a nível internacional, está associada a propriedades tranquilizantes e à redução do *stress*,

em conformidade com os cuidados neuroprotetores preconizados pela filosofia NIDCAP (UNICEF, 2024).

C. Diagnóstico Da Situação, Objetivos E Atividades Desenvolvidas No Projeto De Intervenção

Para a realização do diagnóstico de situação, foi utilizada a observação direta do contexto, bem como realizada uma reunião com o enfermeiro gestor e com o EEESI orientador, sobre a pertinência da temática da gestão do *stress* parental, ademais observamos que o impacto do *stress* parental em contexto da UN/UCIN afetava diretamente a equipa de enfermagem, o que justificou a necessidade de abordar estratégias de gestão do *stress* da equipa de enfermagem na UN/UCIN.

Assim, a partir deste diagnóstico de situação, definimos como objetivos específicos do projeto de intervenção aplicado ao UN/UCIN:

- Capacitar os enfermeiros para a gestão do *stress* parental;
- Elucidar o impacto do *stress* parental nos enfermeiros da UN/UCIN;
- Promover a gestão do *stress* de pais de RNPT e RN de termo.

Como descrito, anteriormente, a experiência de ter um filho(a) internado(a) numa UN/UCIN, representa uma experiência altamente geradora de *stress* para os pais, frequentemente, associada a sentimentos de impotência, medo, tristeza e desorganização emocional.

Entre as fontes promotoras de *stress* mais descritas em UN/UCIN, encontram-se a alteração abrupta do papel parental, a perceção de perda de controlo e a dificuldade em assumir funções de cuidado, muitas vezes, delegadas, exclusivamente, à equipa de enfermagem (Hakio et al., 2015; Merck & McElfresh, 2019).

Acresce também a dificuldade dos pais em estabelecer uma relação de proximidade com o bebé, sentindo-se impotentes para o proteger da dor e dos procedimentos invasivos, o que interfere negativamente com o processo de vinculação. Outros fatores identificados incluem a complexidade do diagnóstico, a comunicação, por vezes, limitada com a equipa de saúde, o internamento prolongado e a sobrecarga financeira associada (Aftyka et al., 2019; Akkoyun & Tas Arslan, 2019; Al Maghaireh et al., 2017; Brondani et al., 2024; Dutta et al., 2016; Hendy et al., 2024; Sousa & Curado, 2020).

A separação física entre pais e bebé, a instabilidade clínica do RN, a aparência frágil do mesmo, assim como, a presença constante de dispositivos invasivos e o ambiente altamente tecnológico da unidade são fatores amplamente identificados como promotores de sofrimento psicológico parental (Franck et al., 2005; Ionio et al., 2016; Obeidat et al., 2009).

Com base na identificação dos principais fatores geradores de *stress* parental em contexto de UN/UCIN, foi desenvolvido um cartaz informativo (Apêndice T), exposto na sala de espera dos pais, contendo duas ilustrações de recém-nascidos com os principais dispositivos médicos, habitualmente, utilizados na unidade. Este recurso educativo foi elaborado com recurso a uma linguagem clara, acessível e visualmente apelativa, com o objetivo de promover a compreensão e diminuir a ansiedade parental face à aparência do RN.

Para além disso, a construção do cartaz teve em consideração a coerência estética com a unidade, utilizando as mesmas cores predominantes nas diferentes salas da UN/UCIN. Por exemplo, a ilustração do RN com ventilação invasiva foi associada à Sala A, representada pela tonalidade azul, onde se encontram os bebés com maior instabilidade clínica e sob suporte ventilatório. Esta correspondência cromática visa facilitar o reconhecimento e a orientação dos pais, contribuindo para a humanização do espaço e a redução da perceção de ameaça no primeiro contacto com o seu filho em internamento.

A utilização de materiais visuais tem demonstrado ser uma estratégia eficaz na comunicação em saúde, especialmente, em contextos emocionalmente exigentes, como o internamento neonatal. A comunicação visual simplifica conteúdos complexos, melhora a retenção da informação e reduz a sobrecarga cognitiva dos cuidadores, promovendo uma experiência mais positiva e segura (Mayer, 2009; Wilson et al., 2012).

Paralelamente, foi elaboração uma sessão de formação (Apêndice U) e dinamizada a mesma, intitulada "Gestão do *Stress* Parental – Na Unidade de Neonatologia" (Apêndice V) dirigida à equipa de enfermagem com o objetivo de sensibilizar os profissionais para o impacto do *stress* parental e para o papel fundamental que podem assumir na facilitação do vínculo afetivo entre os pais e o RN, na UN/UCIN. Reconhecendo, também, o impacto emocional do trabalho nesta unidade sobre os profissionais, especialmente, pela exigência de cuidar de RN altamente vulneráveis, foi abordada a importância de integrar estratégias de *coping* e suporte emocional para a equipa, promovendo o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados.

A sessão de formação iniciou-se com uma dinâmica de grupo elaborada por nós, através da distribuição de um cartão (Apêndice X), cujo objetivo era identificar, entre os participantes, quem possuía todos os fatores promotores de *stress* parental. Esta estratégia interativa revelou-se eficaz ao captar a atenção da equipa e estimular a reflexão inicial sobre a temática, promovendo um maior envolvimento ao longo da sessão.

Com o intuito de avaliar a perceção da equipa sobre a intervenção formativa, foi elaborado um questionário intitulado "Avaliação de Sessão – Gestão do *Stress* Parental" (Apêndice Y), composto por oito questões.

As duas primeiras destinaram-se à caracterização da amostra, revelando que 87,5% dos respondentes possuem especialidade em enfermagem e apenas 12,5% apresentam grau académico de mestrado. No que respeita ao tempo de serviço na UN/UCIN, a totalidade dos inquiridos apresenta mais de dez anos de experiência, sendo que 37,5% têm entre 10 e 20 anos e 62,5% acumulam mais de duas décadas de prática clínica na unidade.

Relativamente, às questões "Considera a temática apresentada pertinente?" e "Considera que os conteúdos transmitidos são importantes para a sua prática?", 100% dos profissionais responderam "Extremamente importante", evidenciando o elevado grau de aceitação e reconhecimento da relevância da temática para a prática especializada em cuidados neonatais.

A comparação entre as respostas às questões "Como classifica, de 0 a 5, o seu conhecimento sobre a temática Gestão do *Stress* Parental, antes da formação?" e "Como classifica, de 0 a 5, o seu conhecimento sobre a temática Gestão do *Stress* Parental, após a formação?" permitiu aferir a eficácia da intervenção formativa junto da equipa de enfermagem da UN/UCIN. Na primeira questão, onde 0 corresponde a "Sem qualquer conhecimento da temática" e 5 a "Conhecimento total da temática", 25% dos participantes atribuíram a classificação 3, 62,5% atribuíram 4 e apenas 12,5% indicaram o nível máximo (5).

Após a realização da formação, observou-se uma progressão significativa no nível de autoperceção de conhecimento: a classificação 3 foi mantida por 12,5% dos profissionais, sendo que 12,5% atribuíram 4 e 75% assinalaram o nível 5, indicando conhecimento total da temática. Estes dados evidenciam um acréscimo substancial na compreensão do tema por parte dos profissionais, refletindo o impacto positivo da sessão formativa na aquisição de conhecimentos. A valorização da temática por parte da equipa reforça a pertinência de estratégias educativas contínuas que promovam não só a capacitação técnica, mas também o envolvimento ativo dos enfermeiros na mitigação do *stress* parental e na promoção do vínculo, em contexto de cuidados intensivos neonatais.

Estes dados evidenciam um acréscimo substancial na compreensão do tema por parte dos profissionais, refletindo o impacto positivo da sessão na aquisição de conhecimentos e na valorização da temática em contexto clínico.

Esta perceção de relevância foi ainda reforçada pela resposta à questão "Na sua prática clínica futura, pensa implementar/executar intervenções para a gestão do *stress* parental?", à qual 100% dos participantes responderam afirmativamente. Este resultado não só demonstra a aplicabilidade prática dos conteúdos abordados, como também reforça, para nós a pertinência da intervenção educativa, quer pelo impacto no desempenho futuro da equipa, quer pelo seu contributo para a melhoria dos cuidados centrados na família em contexto neonatal.

5 Análise Reflexiva Das Competências Adquiridas

O EE é reconhecido como o profissional que, para além de prestar cuidados de enfermagem gerais, possui formação específica numa área de especialidade em enfermagem, sendo-lhe conferido um título profissional que legitima a sua atuação diferenciada (Decreto-Lei n.º 161/96; Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com a WHO (2020), os EE enquadram-se no conceito mais abrangente de enfermeiros de prática avançada. Ademais, Jokiniemi e Miettinen (2020), descrevem que a prática profissional do EE se distingue pela capacidade de prestar cuidados especializados e diferenciados, com elevado grau de autonomia e responsabilidade, assegurando intervenções fundamentadas na melhor evidência científica disponível.

Assim, o EE distingue-se pelas suas competências científicas, técnicas e humanas, sendo capaz de intervir de forma autónoma e fundamentada, prestando cuidados de enfermagem especializados adequados às necessidades da pessoa, da sua família e da comunidade (Decreto-Lei n.º 161/96; Regulamento n.º 140/2019).

A adoção de uma prática reflexiva, sustentada numa abordagem estruturada e contínua, permitiu-nos integrar a teoria e a experiência de forma crítica e consciente, favorecendo uma aprendizagem significativa. Tal como evidenciado por Mohajer et al. (2024), a aprendizagem reflexiva contribui, significativamente, para o desenvolvimento de competências profissionais, uma vez que fomentam a autonomia e o pensamento crítico, considerados pilares fundamentais da prática especializada.

Paralelamente, o *Education Workforce Council* (2024) salienta a importância da reflexão como instrumento de melhoria contínua, essencial para manter padrões elevados de prestação de cuidados.

Neste capítulo, realizaremos uma análise crítica e reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências, ao longo de todo o percurso formativo conducente ao grau de Mestre em Enfermagem, integrando a vertente de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Esta reflexão será orientada pelas Competências Comuns e Específicas do EEESIP, bem como, pelas Competências de Mestre em Enfermagem.

5.1 Análise Reflexiva Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do EE, definidas pela OE (Regulamento n.º 140/2019), constituem o alicerce do exercício autónomo, responsável e diferenciado do enfermeiro com especialidade. De acordo com este regulamento, estas competências são descritas como,

> (...) 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 (p. 4745).

As competências comuns encontram-se organizadas em quatro domínios fundamentais: "Responsabilidade profissional, ética e legal"; "Melhoria contínua da qualidade"; "Gestão dos cuidados"; e "Desenvolvimento das aprendizagens profissionais" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

5.1.1 Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética E Legal

O Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, é constituído por duas competências, a competência "A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" e a "A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais." (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

No decorrer do percurso formativo, reconhecemos que a consolidação de uma prática profissional ética e legal constitui um dos pilares fundamentais do exercício do enfermeiro especialista.

Neste sentido, procurámos, nos diferentes contextos de estágio, agir de forma coerente com os princípios consagrados no Código Deontológico que rege a profissão de Enfermagem (Lei n.º 156/2015), respeitando os direitos da criança e da sua família, assegurando o consentimento informado, a confidencialidade da informação clínica e o respeito pela dignidade humana em todas as nossas intervenções.

A nossa conduta foi permanentemente orientada pelos valores da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, que constituem os pilares fundamentais da bioética aplicável à prática clínica (Beauchamp & Childress, 2019).

Estes princípios nortearam a nossa tomada de decisão, inclusive em situações de maior complexidade ética, como em contextos de divergência entre os pais e a equipa de enfermagem, onde é

essencial ponderar o superior interesse da criança, reconhecendo o seu direito em ser ouvida em todas as decisões que lhe digam respeito, mesmo quando mediadas pelos pais, assim como, respeitando, simultaneamente, os direitos e as convicções dos pais (Entidade Reguladora da Saúde, 2021; UNICEF, 2019).

Nos diversos contextos de estágio foi promovida a justiça como um princípio orientador da prática profissional, concretizando-se através da garantia da equidade dos cuidados prestados. A beneficência foi igualmente evidenciada através do compromisso contínuo com o bem-estar da criança, orientando a atuação profissional para a maximização dos benefícios e minimização dos danos. Paralelamente, foi respeitada a autonomia, nomeadamente, pela valorização da participação informada da criança, adequada à sua idade e nível de maturidade, bem como, a dos seus pais ou representantes legais, no processo de tomada de decisão clínica e terapêutica (Entidade Reguladora da Saúde, 2021).

Ademais, tivemos a preocupação de conhecer e aplicar as orientações legais e institucionais, em vigor, nomeadamente, as relacionadas com o acompanhamento parental em internamento pediátrico. A Lei n.º 106/2009 garante à criança hospitalizada o direito a ter um acompanhante permanente, respeitando o seu bem-estar emocional e reforçando a presença dos pais e/ou família como elemento estabilizador no processo de hospitalização (OE, 2015).

Simultaneamente, assegurámos que todas as práticas de cuidados respeitassem os direitos humanos, promovendo a equidade no acesso à informação, à tomada de decisão e à prestação de cuidados culturalmente sensíveis (Lei n.º 95/2019).

Assim como descrito nos pontos anteriores, tivemos a oportunidade em, praticamente, todos os contextos de estágio, de contactar com uma população multicultural, o que exigiu uma abordagem sensível e individualizada na prestação de cuidados à criança e aos pais.

Tornou-se, por isso, fundamental considerar os aspetos culturais e religiosos no planeamento e execução das intervenções, nomeadamente, em situações específicas relacionadas com práticas familiares e papéis de género. Em determinados contextos, particularmente, em famílias oriundas de culturas nas quais a mulher assume o papel de cuidadora principal das crianças, verificámos que, durante as visitas do pai, este por vezes não pretendia colaborar nos cuidados à criança.

Nestes casos, respeitámos a decisão da família e, sempre que a situação não se configurasse como uma urgência clínica, nem exigisse uma intervenção imediata, por parte da equipa de enfermagem, optámos por aguardar pela presença da mãe.

Desta forma, assegurámos que os cuidados fossem prestados de forma segura, humanizada e culturalmente competente, em consonância com os princípios da ética profissional. Esta atuação está alinhada com o disposto no Artigo 102.º da Deontologia Profissional, o qual estabelece o dever do

enfermeiro de "respeitar e fazer respeitar as opções (...) culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos" (Lei 156/2015, p. 8079).

Esta competência foi reforçada por momentos de reflexão conjunta com o EEESIP orientador, bem como, com os elementos da equipa de enfermagem de cada contexto de estágio. Estas oportunidades de supervisão e partilha permitiram-nos aprofundar o nosso julgamento ético, desenvolver a consciência profissional e fortalecer o compromisso com a qualidade e a ética dos cuidados prestados.

De igual modo, as intervenções realizadas ao binómio foram sempre pautadas por um compromisso ético e legal, não apenas por via da supervisão clínica, mas também pela assunção da parceria de cuidados como modelo relacional. A nossa prática foi, assim, sustentada pelos princípios dos CCF, integrando as necessidades, valores e direitos da família e, tendo sempre como orientação central o superior interesse da criança.

5.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, é constituído por três competências, a competência "B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.", a "B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua." e a "B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro." (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4747-4748).

Este domínio integra competências que visam garantir a prestação de cuidados de enfermagem especializados com elevados padrões de qualidade, segurança e eficácia. Isto implica que o EE atue, de forma sistemática, na monitorização, avaliação e melhoria dos cuidados prestados, com base na evidência científica, nas boas práticas e nos resultados em saúde.

Nos diferentes contextos de estágio, revelou-se imprescindível o conhecimento aprofundado do contexto, o que incluiu, para além das instalações físicas e da composição da equipa multidisciplinar, a análise dos recursos disponíveis em cada instituição. Destacaram-se, de entre esses recursos, os documentos normativos, as diretrizes institucionais, os protocolos assistenciais e os procedimentos operacionais em vigor.

Paralelamente, procedemos à análise crítica de documentos de referência nacionais e internacionais, cuja integração nas nossas intervenções permitiu garantir uma prática fundamentada na evidência, alinhada com os princípios da qualidade e da segurança dos cuidados.

A WHO (2008) salienta que a segurança do paciente é uma prioridade global e que a implementação de práticas baseadas em evidências, aliada à análise crítica de documentos normativos, contribui, significativamente, para a redução de riscos e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com OE (2001, p.7), a definição e aplicação de padrões de qualidade são essenciais para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, enfatizando a necessidade de os profissionais conhecerem e utilizarem os recursos disponíveis, incluindo documentos, normas e procedimentos institucionais, para garantir cuidados seguros e eficazes. Adicionalmente, de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n. º5613/2015), a "(...) qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde (...)" (p. 13551).

Também neste domínio, destaca-se a promoção de uma cultura de segurança, evidenciada na administração segura da medicação em contexto pediátrico, a qual exige uma abordagem rigorosa, centrada na criança e na sua família. Nos contextos de SIP e de SUP, foi identificada a prática sistemática de verificação de dois identificadores, o nome completo e a data de nascimento, envolvendo o binómio criança-pais, na confirmação da identidade, antes de cada administração de medicação. Esta prática constitui uma medida essencial para reforçar a segurança do processo terapêutico, promovendo, simultaneamente, a corresponsabilização dos cuidadores na prestação de cuidados de saúde.

Adicionalmente, assegurámos o cumprimento seguro da administração da medicação, de acordo com o preconizado em cada instituição. Simultaneamente, tivemos em conta as recomendações internacionais e a evidência científica mais recente.

Em todos os contextos de prática e, em conformidade com as orientações do *Institute for Safe Medication Practices* (2024), foi promovida a integração da criança e dos seus pais no processo de administração de medicação. A criança e os seus cuidadores foram, sistematicamente, informados acerca da medicação a ser administrada, bem como, da via de administração prevista, como medida preventiva na redução de erros. Adicionalmente, foi realizada a confirmação da identidade através do nome completo e da data de nascimento, envolvendo os pais e, sempre que apropriado em função da idade e do estádio de desenvolvimento, a própria criança. Esta abordagem contribuiu significativamente para a minimização do risco de administração indevida a outra criança, reforçando a segurança e a partilha de responsabilidades no processo terapêutico.

No SIP, observámos a implementação do sistema ENFit® para a administração de fluidos e medicação por via entérica. Este sistema, desenvolvido em conformidade com a norma ISO 80369-3, foi concebido para reduzir o risco de conexões incorretas entre dispositivos médicos, promovendo a segurança do paciente (Compat Medical, 2023).

A utilização de seringas ENFit® com coloração roxa distintiva facilita a identificação e previne erros de administração. Embora, tradicionalmente, associadas à alimentação por sondas nasogástricas ou gastrostomias percutâneas endoscópicas, no SIP, adotou-se a prática de utilizar estas seringas para toda

a medicação administrada por via oral às crianças, reforçando a segurança na administração medicamentosa (Compat Medical, 2023). Assim, instituiu-se uma abordagem para a redução da ocorrência do erro na administração da medicação.

Além disso, na UN/UCIN, encontrava-se instituída como norma institucional, a proibição do uso de telemóveis junto aos RN, como medida para reduzir o risco de disseminação de microrganismos patogénicos.

Estudos demonstram que esses dispositivos, frequentemente, manipulados por profissionais de saúde e pelos pais, atuam como veículos de transmissão de bactérias e outros agentes infeciosos, contribuindo para o aumento das infeções nosocomiais (Santos et al., 2020; Souza & Ferreira, 2018). A contaminação ocorre devido ao contato direto com as mãos e superfícies contaminadas, sendo agravada pela falta de protocolos específicos de higienização dos aparelhos (Souza & Ferreira, 2018).

As infeções associadas aos cuidados de saúde continuam a representar uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal, nas UN/UCIN, estando, frequentemente, relacionadas com o contacto direto com superfícies ou objetos contaminados, propiciando a instalação de processos infeciosos (Cruz et al., 2020).

Assim, a implementação da estratégia que não permite a utilização dos telemóveis junto aos RN, constitui uma medida preventiva adicional no controlo da infeção, contribuindo para a redução da contaminação ambiental em contextos de elevada vulnerabilidade. Esta ação articula-se com as precauções básicas de prevenção de infeções, nomeadamente, a lavagem e desinfeção periódica das mãos, cuja prática regular continua a ser um dos pilares mais eficazes na interrupção da cadeia de transmissão de microrganismos patogénicos, em ambiente hospitalar (DGS, 2019).

Além disso, como medida de prevenção e controlo de infeção, reconhecemos a importância da utilização de máscaras de proteção em contextos de potencial contágio. Esta prática foi implementada no SIP, nomeadamente, em situações com diagnóstico de infeção respiratória, e no SUP, particularmente, nos postos de triagem, onde o risco de transmissão era elevado.

As máscaras eram fornecidas à criança doente sempre que compatível com a sua idade e condição clínica, bem como, ao respetivo acompanhante, em conformidade com as orientações emitidas pela DGS (2020), que recomendam a aplicação rigorosa de medidas de proteção individual em ambientes clínicos com suspeita ou confirmação de infeção respiratória.

5.1.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O Domínio da Gestão dos Cuidados, é constituído por duas competências, a competência "C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde." e o "C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados." (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4748-4749).

A capacidade do EE para organizar, coordenar e otimizar os cuidados de enfermagem especializados, assegurando a continuidade, qualidade e segurança da prática clínica, define-se no Domínio da Gestão dos Cuidados. Isto implica o planeamento individualizado dos cuidados, a articulação eficaz com as equipas multidisciplinares, a gestão eficiente dos recursos disponíveis e a supervisão clínica (Regulamento n.º 140/2019).

No decorrer do percurso formativo, compreendemos que a gestão dos cuidados é um processo dinâmico e fundamental para assegurar a prestação de cuidados de enfermagem especializados com qualidade, segurança e eficácia.

De acordo com WHO (2025), a qualidade dos cuidados é um dos mais importantes determinantes de saúde, sendo que a qualidade dos cuidados pediátricos é definida como a prestação de serviços de saúde que são seguros, eficazes, centrados na criança, oportunos, eficientes e equitativos. Estes padrões visam garantir que todas as crianças recebam cuidados que considerem as suas condições de saúde, mas também respeitem os seus direitos e necessidades individuais.

A nossa atuação, nos diferentes contextos de estágios, centrou-se na capacidade de planear, coordenar e priorizar intervenções de forma individualizada, atendendo às necessidades da criança e da sua família, num quadro de continuidade assistencial e humanização dos cuidados. Isto observou-se não só em meio hospitalar, como nos CSP através do planeamento prévio das CESIJ, adequando o espaço físico e a abordagem à criança e à sua família.

Foi, ainda, possível acompanhar, em alguns turnos, o EEESIP supervisor, no desempenho de funções como segundo elemento do serviço, o que nos permitiu adquirir uma visão mais abrangente da gestão do serviço, tanto a nível dos recursos humanos como materiais. Esta experiência revelou-se fundamental para compreender a complexa logística subjacente ao funcionamento de um serviço de grandes dimensões, exigindo uma constante monitorização e reposição de stocks de medicação, materiais de consumo clínico e não clínico, bem como a organização sistemática dos espaços físicos. Adicionalmente, observámos a necessidade de gestão atenta de equipamentos e materiais que requerem manutenção ou reparação, garantindo que todos os recursos estejam operacionais e disponíveis para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Além disso, tivemos a oportunidade de acompanhar, no SUP, o desempenho das funções do enfermeiro responsável de turno. Tal como descrito, previamente, este profissional não se encontra alocado a nenhum posto de trabalho específico, exercendo funções de gestão e coordenação global do serviço. No início de cada turno, procedia à distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos, tendo em conta as características individuais, competências técnicas e experiência profissional de cada elemento.

Ao longo do turno, assegurava uma supervisão contínua, avaliando a execução das tarefas delegadas e realizando os ajustes necessários. Quando identificava necessidades intrínsecas (*e.g.*, um enfermeiro sentir-se mais confortável num determinado tipo de cuidados) ou extrínsecas (*e.g.*, aumento súbito da afluência ao posto de triagem), reorganizava a equipa com o intuito de garantir a eficácia da resposta assistencial, a segurança da criança e um ambiente de trabalho colaborativo e favorável ao desempenho profissional.

Paralelamente, destacamos a valorização das estratégias de motivação da equipa, como a implementação de dinâmicas internas que promovem o espírito de grupo e o compromisso, nomeadamente, a atribuição simbólica de uma pequena figura pela qual cada elemento era responsável durante o turno, reforçando, de forma lúdica, o sentido de responsabilidade coletiva, o bem-estar da equipa e a criação de um ambiente de trabalho positivo.

No diagnóstico de situação realizado na UN/UCIN, constatámos que a equipa de enfermagem se encontrava, visivelmente, impactada pela elevada exigência dos cuidados prestados, tanto no acompanhamento clínico rigoroso do RN/RNPT, como na dimensão relacional e educativa dirigida aos pais.

A complexidade e intensidade das intervenções, associadas ao envolvimento emocional que este contexto exige, revelaram sinais de sobrecarga e desgaste profissional. Face a esta realidade, considerámos essencial que a nossa intervenção incluísse, não apenas estratégias dirigidas ao binómio criança-família, mas também, ações orientadas para a valorização e bem-estar da própria equipa de enfermagem, indo de encontro com os pressupostos neste domínio (Borges & Rodrigues-Ferreira, 2011).

5.1.4 Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

O Domínio da Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, é constituído por duas competências, a competência "D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade." e o "D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4749-4750).

O autoconhecimento constitui um pilar fundamental na prática do EE, influenciando diretamente a forma como estabelecemos relações terapêuticas com a criança e a sua família, bem como com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

A consciência das nossas emoções, valores, limites e atitudes permitiu-nos agir com maior intencionalidade, empatia e respeito, promovendo interações mais autênticas e eficazes. Esta competência revelou-se particularmente importante na gestão de situações complexas, onde a compreensão do impacto da nossa presença e da nossa comunicação se tornou essencial para o sucesso da intervenção (Harley, 2024; Younas et al., 2019)

Durante o nosso percurso formativo, desde os momentos teóricos nas diversas unidades curriculares, fomentámos os processos de tomada de decisão baseados em conhecimento válido, atual e cientificamente sustentado, isto é, fundamentados na Prática Baseada na Evidência (PBE). A PBE revelou-se essencial para garantir a segurança, a eficácia e a individualização dos cuidados prestados, especialmente à criança e à sua família, em qualquer contexto de saúde (Brunt & Morris, 2023). Esta abordagem traduziu-se num compromisso que transpusémos para os contextos de estágio, permitindo-nos tomar decisões clínicas informadas e responsivas às necessidades concretas dos utentes. (Brunt & Morris, 2023).

A identificação de lacunas de conhecimento, particularmente relacionadas com a temática da nossa intervenção, exigiu de nós uma postura crítica e ativa, assente na procura contínua de conhecimento, através da leitura crítica de literatura científica, consulta de normas nacionais e internacionais e da aplicação prática dos resultados da investigação no desenvolvimento das nossas intervenções.

Paralelamente, assumimos o nosso papel enquanto agentes ativos nos processos de aprendizagem, promovendo a partilha de conhecimento com os pares, bem como o envolvimento em ações de formação e projetos de intervenção dirigidos à equipa de enfermagem, numa lógica colaborativa e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

5.2 Análise Reflexiva Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Saúde Infantil E Pediátrica

As competências específicas, independentemente, da área de especialidade, são definidas como, (...) 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" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No caso do EEESIP, estas competências encontram-se descritas no Regulamento n.º 422/2018, que tem como propósito, regular o exercício profissional especializado nesta área, estabelecendo um referencial normativo claro e orientador para a prestação de cuidados especializados a crianças e à sua família.

Além disso, complementando a práxis das competências específicas do EEESIP, orientámo-nos também pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Infantil e Pediátrica definidos pela OE (2017). Estes padrões constituem um referencial essencial que orienta a tomada de decisão do EEESIP, promovendo a excelência da prática profissional e garantindo a adequação dos cuidados prestados às necessidades de saúde da criança e da sua família.

As competências específicas de EEESIP, são as seguintes, "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde"; "Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade"; "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192).

5.2.1 Assiste A Criança/Jovem Com A Família, Na Maximização Da Sua Saúde

O pilar da intervenção do EEESIP assenta no cuidado em parceria com o binómio criança/família, considerando-o como uma unidade inseparável. Esta abordagem decorre não apenas da dependência natural da criança, particularmente nos primeiros anos de vida, mas também da necessidade de acompanhar, de forma integrada, o seu processo gradual de autonomia e individualização (OE, 2017; Regulamento n.º 422/2018).

Assim, enquanto profissionais especializados, trabalhamos com este binómio de forma colaborativa, promovendo a saúde da criança e o *empowerment* familiar, numa lógica de partilha de responsabilidades e continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital (OE, 2017; Regulamento n.º 422/2018).

Assistir a criança/jovem com a sua família, promovendo a maximização da sua saúde é uma das competências fundamentais, que exige ao EEESIP uma abordagem holística, centrada não apenas na condição clínica, mas também nas dimensões emocionais, sociais e educativas que influenciam o bem-estar da criança e da sua família (Regulamento n.º 422/2018).

Embora o nosso projeto de intervenção tenha sido direcionado, especificamente, para os pais, através da gestão do *stress* parental, a evidência científica demonstra que níveis elevados de *stress* influenciam, negativamente, a relação com a criança, afetando o vínculo afetivo, a comunicação e o envolvimento ativo no processo de cuidado (Kawafha, 2018; Zeng et al., 2020).

Compreendemos que, o apoio prestado aos pais contribui para a criação de um ambiente, emocionalmente, mais estável, favorecendo a disponibilidade dos cuidadores para exercerem o seu papel de forma mais consciente e efetiva (Chora & Ruas, 2023; Konukbay et al., 2024).

Assim, ao reduzir os níveis de ansiedade e sobrecarga, a intervenção do EEESIP, na gestão do *stress* parental, facilita o envolvimento no processo de participação e parceria, nos cuidados, através da capacitação para a adoção de comportamento potenciadores de saúde (OE, 2017, p. 6; Regulamento n.º 422/2018).

Também ao longo dos diferentes contextos de estágio, procurámos adaptar os cuidados às necessidades específicas de cada criança e da sua família, recorrendo a estratégias educativas e a uma comunicação eficaz, promovendo respostas individualizadas, seguras e potenciadoras da autonomia familiar (Regulamento n.º 422/2018).

No seguimento da filosofia dos CCF e da parceria de cuidados, no SIP, promovemos, sistematicamente, a presença dos pais durante todos os procedimentos realizados, com o objetivo de os envolver no processo de transição saúde/doença e de apoiar a criança durante o seu percurso terapêutico. Reconhecemos que esta presença tem um valor emocional e terapêutico relevante, contribuindo para a criação de um ambiente seguro e afetivamente estável.

Em situações específicas, nomeadamente quando a criança necessitava de intervenção cirúrgica, articulámos com o EEESIP orientador e incentivámos os colegas do bloco operatório a reforçar a importância da presença parental durante a indução anestésica. Este momento, considerado, altamente, sensível, pode desencadear níveis significativos de ansiedade, medo e agitação na criança, interferindo negativamente com a aceitação do procedimento. A evidência e as orientações nacionais sublinham que, a presença dos pais ou de outra figura de referência, durante a indução anestésica é uma estratégia eficaz na redução da ansiedade e no aumento do conforto da criança, devendo ser promovida sempre que possível (Despacho n.º 6668/2017; Menezes & Tomazinho, 2014).

Previamente à realização de qualquer contexto de estágio, participámos nas 2.as Jornadas de Enfermagem (Anexo C), subordinadas ao tema "Excelência no cuidar integrado ao cliente pediátrico". Esta formação revelou-se, particularmente, relevante, permitindo-nos adquirir e atualizar conhecimentos fundamentais para a nossa prática clínica, tanto em contexto profissional como de estágio.

Além disso, possibilitou-nos estabelecer uma ponte concreta com o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção, através da abordagem de temáticas pertinentes, como "Os desafios da parentalidade", que reforçaram a importância do apoio emocional e educativo no acompanhamento aos pais da criança em qualquer contexto de saúde.

Adicionalmente, tivemos a oportunidade de estar presentes no II Encontro de Pediatria no Alentejo: Patologia Nefro-Urológica em Idade Pediátrica (Anexo D). Apesar de se tratar de um evento com foco clínico específico, a participação nos cursos pré-congresso destinados a enfermeiros foram de extrema utilidade.

Abordaram-se temas diversos e transversais à prática especializada, nomeadamente: a Colheita Asséptica de Urina: Método Clean-Catch, as Queimaduras em Idade Pediátrica e as Drenagens Torácicas: Pediátrica e Neonatal (Anexo E). Estes cursos foram ministrados por EEESIP, o que permitiu uma abordagem holística dos temas, integrando não apenas a dimensão técnica e científica, mas também o raciocínio clínico, a humanização dos cuidados e as boas práticas na tomada de decisão.

Ademais, participamos no curso de Formação Profissional de Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica (Anexo F). A participação nestas formações contribuiu, significativamente, para a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos atualizados e relevantes, os quais se revelaram fundamentais para a nossa prática especializada. Este processo formativo permitiu-nos consolidar saberes técnico-científicos e, simultaneamente, integrá-los nas intervenções desenvolvidas junto da criança e da sua família, promovendo cuidados mais seguros, humanizados e centrados nas necessidades reais do binómio.

5.2.2 Cuida Da Criança/Jovem E Família Nas Situações De Especial Complexidade

A competência referente ao cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, apresenta como descritivo "Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias." (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193).

A oportunidade de frequentarmos a formação profissional em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (Anexo G), antes do início dos contextos de estágio, revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências essenciais à prática clínica especializada, nomeadamente, no reconhecimento precoce de sinais de instabilidade e na resposta imediata a situações críticas.

No SUP, tivemos a possibilidade de acompanhar uma situação de emergência, em sala de reanimação, que nos permitiu observar a mobilização, em contexto clínico, das competências técnico-científicas associadas à estabilização da criança em situação de risco.

Para além da componente técnico-científica, destacamos a preocupação da equipa em assegurar a presença contínua da mãe durante o processo de reanimação, evidenciando o cumprimento do segundo direito consagrado na Carta da Criança Hospitalizada, que estabelece que a criança tem o direito de estar acompanhada pelos pais ou substitutos, em qualquer circunstância, independentemente, da sua idade ou condição clínica (Instituto de Apoio à Criança, 1988).

As diretrizes internacionais de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, preconizadas pela *American Heart Association* (Hus et al., 2021; Topjian et al., 2020), destacam a importância da definição clara de funções específicas para cada elemento, nomeadamente, de alguém que comunique com a família.

Nesta situação, embora não nos tenha sido atribuída uma função técnica, assumimos, o papel de apoio emocional à mãe da criança. Apesar da elevada carga emocional do momento, foi-lhe facultada a possibilidade de decidir se pretendia permanecer ao lado do filho, respeitando a sua autonomia e o seu direito a acompanhar o processo (Vaz & Trigo, 2020).

Esta vivência remete-nos para a reflexão torno da presença dos pais durante a reanimação que, segundo Brito et al., (2017), deve ser respeitada sempre que não comprometa a segurança da equipa nem o sucesso da intervenção, pois constitui um direito da família e um gesto de humanização dos cuidados. O apoio que prestámos à mãe permitiu-lhe manter-se informada e, emocionalmente, assistida, minimizando o impacto psicológico imediato da situação, numa atuação coerente com os princípios dos CCF (Mekitarian & Angelo, 2015).

Ainda que não tenhamos estado presentes em nenhum processo de morte, deparámo-nos com uma situação, particularmente, desafiante, na qual foi necessário apoiar os pais no processo de transição abrupta de terem uma criança previamente saudável para uma criança totalmente dependente de cuidados especializados.

Esta mudança complexa exigiu de nós uma abordagem sensível e progressiva, reconhecendo que as características emocionais e comunicacionais dos pais, que não permitiam o seu envolvimento direto na expressão de sentimentos ou preocupações. Esta realidade está descrita na literatura como um processo de luto simbólico ou antecipado, no qual os pais enfrentam a perda da criança que conheciam e confrontam-se com a necessidade de reconstruir o vínculo com a criança real (Augusto et al., 2020; Gaino et al., 2012).

Em articulação com o EEESIP orientador, refletimos sobre as estratégias mais adequadas para ajudar estes pais a reconhecerem e aceitarem esta nova realidade, respeitando o seu tempo emocional,

promovendo a escuta ativa, a empatia e a criação de espaços seguros de partilha. Este apoio revelou-se essencial para a adaptação emocional da família e para o reforço da parceria de cuidados, contribuindo para a continuidade e humanização da prática clínica especializada.

Os processos de controlo e gestão da dor assumiram um papel central nas nossas intervenções ao longo dos diferentes contextos de estágio, com especial enfoque na utilização de medidas não farmacológicas, em consonância com os princípios dos cuidados atraumáticos.

A prática do EEESIP integra este modelo de cuidados, garantindo que as intervenções sejam orientadas para a minimização do sofrimento físico e emocional da criança, promovendo um ambiente seguro e humanizado (Carvalhais et al., 2021).

Em todos os contextos, verificámos a implementação intencional e sistemática de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como a presença dos pais, a distração com objetos lúdicos, a musicoterapia e o uso de técnicas de relaxamento (USF Artemisa, 2015).

No contexto específico da USF, destacamos o momento da vacinação como uma oportunidade privilegiada para a aplicação de cuidados atraumáticos, onde a nossa atuação procurou integrar os pais no procedimento e garantir conforto à criança. Esta abordagem é corroborada pela evidência que reconhece o papel dos EEESIP na promoção de cuidados centrados na criança, com base na empatia, comunicação eficaz e uso criterioso de estratégias que minimizem o impacto dos procedimentos invasivos (Carvalhais et al., 2021).

5.2.3 Presta Cuidados Específicos Em Resposta Às Necessidades Do Ciclo De Vida E De Desenvolvimento Da Criança E Do Jovem

Segundo o Regulamento 422/2018, o EEESIP "presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (...) "Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude." (p. 19194).

Na unidade de competência referente à promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, (Regulamento n.º 422/2018), salientamos a relevância das CESIJ como contexto privilegiado para a operacionalização desta competência.

Ao longo do nosso percurso formativo, reconhecemos nestas consultas um espaço essencial para a avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento da criança, recorrendo à aplicação de instrumentos de rastreio e escalas validadas, que nos permitiram monitorizar marcos do desenvolvimento físico, motor, cognitivo e emocional.

Paralelamente, estas consultas foram também fundamentais para a transmissão de cuidados antecipatórios, que visam capacitar os pais e cuidadores para responder às necessidades emergentes de cada etapa do ciclo vital infantil, maximizando o potencial de saúde e prevenindo riscos futuros.

Nesta mesma competência, destacamos a unidade relativa à promoção da vinculação afetiva, em especial do RN doente ou com necessidades especiais, conforme previsto no Regulamento n.º 422/2018. Considerando que a nossa área de experiência prévia não estava centrada nos cuidados neonatais, particularmente ao RN e ao RNPT, reconhecemos a necessidade de adquirir conhecimentos específicos nesta área.

Assim, participámos no 5.º Seminário NIDCare – "Investigar em Neonatologia: A problemática do *stress* do recém-nascido" (Anexo H), uma formação que nos permitiu compreender e aprofundar os princípios orientadores da filosofia de cuidados NIDCAP. Esta participação foi, particularmente, relevante no contexto da UN/UCIN, unidade onde esta abordagem é amplamente implementada, permitindo-nos alinhar a nossa prática com um modelo de cuidados individualizados e neuroprotetores, fundamentais para a promoção do vínculo entre o RN e os seus pais, especialmente em situações de fragilidade clínica e prolongada hospitalização.

Complementarmente, participámos na aula aberta intitulada "Cuidados para promoção do desenvolvimento do recém-nascido prematuro" (Anexo I), a qual contribuiu significativamente para o aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos essenciais à intervenção no contexto da UN/UCIN.

Tal como foi amplamente abordado ao longo do presente relatório, tivemos contacto com uma população marcadamente multicultural, o que exigiu a adaptação contínua das nossas intervenções às diferentes realidades culturais, linguísticas e sociais, de forma a facilitar a compreensão, a adesão e a parceria de cuidados no processo de cuidados do binómio.

A literacia em saúde é um pilar fundamental na aquisição de conhecimentos que promovem a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Belim (2023) corrobora, descrevendo que a literacia em saúde "(...) assume crucial importância pelos mais diversos motivos, entre estes salvar vidas, o que comprova o seu contributo imensurável para a vida humana." (p. 5).

Deste modo, a comunicação foi sistematicamente ajustada às características da criança e dos seus pais, considerando a sua idade, desenvolvimento e contexto sociocultural. Esta abordagem centrada na pessoa e culturalmente sensível permitiu garantir que a informação transmitida fosse clara, acessível e verdadeiramente compreendida. Promovendo, deste modo, que o binómio assumisse a responsabilidade pela gestão ativa, informada e confiante do seu processo de saúde (Belim, 2023; OE, 2017; Regulamento n. 422/2018).

5.3 ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A obtenção do grau de mestre pressupõe o desenvolvimento de competências avançadas que capacitam para a aplicação, de forma autónoma e crítica, do conhecimento adquirido na análise e resolução de problemas complexos, frequentemente, inseridos em contextos multidisciplinares e em constante transformação (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Esta qualificação implica, ainda, a aptidão para formular juízos fundamentados, propor soluções adequadas e refletir criticamente sobre as implicações éticas, sociais e profissionais decorrentes das decisões tomadas. Assim, o Mestre deve revelar consciência das suas responsabilidades enquanto agente transformador, sendo capaz de integrar a teoria na prática, com uma visão reflexiva e ética, promovendo intervenções fundamentadas e socialmente responsáveis (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A procura pela aquisição e o aprofundamento de conhecimentos emergem da necessidade imperativa de lidar, diariamente, com a população pediátrica, cuja especificidade exige uma abordagem altamente qualificada e fundamentada.

Neste sentido, reconhecemos a importância de adquirir um corpo de conhecimento teórico específico e de excelência, na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, considerando o segundo ciclo de estudos como a via mais adequada para consolidar as aprendizagens adquiridas na licenciatura e aprofundar os saberes desenvolvidos em diversas formações ao longo da nossa prática profissional. Esta formação traduziu-se num ganho imprescindível para a qualificação da nossa intervenção, permitindo-nos atuar com maior autonomia, responsabilidade e consciência crítica.

Desde os primeiros momentos do percurso teórico, fomos desafiados a desenvolver trabalhos que integrassem metodologias inovadoras, o que nos levou à procura de novas realidades e ao contacto com diferentes dimensões do saber em enfermagem. Destacamos, neste âmbito, a construção de um protocolo de projeto centrado na problemática do *stress* na parentalidade, que exigiu uma pesquisa rigorosa da evidência científica e reforçou a pertinência da sua aplicação nos diversos contextos de estágio, através do PI.

Adicionalmente, a componente teórica incentivou-nos a recorrer, de forma sistemática, à evidência científica mais atual em todas as áreas que sustentam a nossa intervenção. Exemplo paradigmático dessa prática foi o trabalho desenvolvido na Unidade Curricular de Investigação, onde elaborámos um protocolo de revisão *Scoping* sobre um tema de livre escolha. O processo implicou não apenas a realização de um resumo científico, submetido a congresso, mas também a criação de um póster e/ou comunicação oral.

Desta iniciativa resultou a elaboração de um póster científico intitulado "Risco de engasgamento na alimentação complementar", apresentado nas Jornadas do Bebé e da Criança (Anexo J), o que representou uma oportunidade significativa de divulgação e partilha de conhecimento em contexto científico e profissional.

Além disso, o reconhecimento da responsabilidade e não apenas de aplicar conhecimento científico, mas também de o produzir, validar e disseminar, contribui, ativamente, para o avanço da disciplina e para a melhoria contínua da prática de cuidados (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Neste âmbito, desenvolvemos, em colaboração com uma estudante de mestrado, um protocolo de *Scoping Review*, denominado de "*Parent anxiety and nocturnal enuresis: a scoping review"*, registado no *Open Science Framework* a 12 de março de 2025 com o registo número DOI 10.17605/OSF.IO/SXRFY (Pedrosa et al., 2025). Até ao momento, não identificámos a existência de uma *Scoping Review* publicada que siga integralmente os parâmetros definidos no protocolo por nós desenvolvido, o qual aborda a relação entre a ansiedade parental e a enurese noturna em idade pediátrica.

Com base na relevância clínica e científica da temática, assumimos a intenção de dar continuidade a este trabalho, através da concretização da revisão e da sua posterior submissão para publicação numa revista científica com revisão por pares.

6 Considerações Finais

O presente relatório constitui a síntese do percurso formativo, materializando-se na análise crítica dos conhecimentos adquiridos e na reflexão sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do EEESIP e as Competências de Mestre em Enfermagem.

Esta análise critica e reflexiva, traduz-se na intervenção junto do binómio criança/família, escopo essencial dos cuidados em saúde infantil e pediátrica, bem como, na implementação do projeto de intervenção delineado: "A Intervenção do EEESIP na Gestão do *Stress* Parental". Este trabalho corresponde à avaliação proposta para a Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório.

A construção e implementação do projeto de intervenção, alicerçada na metodologia de projeto, permitiu-nos organizar e operacionalizar as intervenções de forma sistematizada e eficaz, otimizando a atuação do EEESIP numa dimensão fulcral do binómio: a saúde emocional e o bem-estar parental.

A parentalidade é, por natureza, uma condição permanente e irreversível, desde o momento em que o indivíduo se torna mãe ou pai. Emerge, assim, a necessidade de apoiar os pais ao longo de todo o ciclo vital da criança, sobretudo nas diversas transições que este processo envolve. Esta necessidade é ainda mais premente quando tais transições se associam a situações potenciadoras de *stress*, ou quando este já se encontra instalado.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, aprofundámos a compreensão da temática do *stress* parental, reconhecendo o seu impacto bidirecional sobre a criança e os cuidadores, independentemente, do contexto de saúde. Paralelamente, reconhecemos o valor da investigação, da reflexão sistemática e da integração da evidência na prática clínica como elementos estruturantes de uma atuação ética, segura, inovadora e promotora da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, a evidência de que o *stress* parental influência, diretamente, a qualidade dos cuidados prestados, o vínculo afetivo, a adesão terapêutica e os ganhos em saúde, aliada aos diagnósticos de situação realizados em cada contexto de estágio, tornou clara a necessidade de sensibilizar as equipas de enfermagem para a sua identificação precoce e para a implementação de estratégias de promoção, prevenção e gestão, com vista à maximização do potencial de saúde do binómio.

A construção e implementação do projeto de intervenção foram, fortemente, sustentadas pelo Modelo de Transições de Afaf Meleis, que nos permitiu compreender e interpretar as mudanças vivenciadas pelos pais nos diversos processos de transição do desenvolvimento infantil, da hospitalização e da doença.

Este modelo constituiu um alicerce essencial para delinear intervenções ajustadas ao contexto emocional, social e relacional do binómio, promovendo uma resposta profissional mais sensível e centrada nas necessidades reais.

Em articulação com este modelo, destacamos a aplicação dos CCF e da Parceria de Cuidados como pilares fundamentais do cuidar em enfermagem pediátrica. A sua integração transversal nos contextos de estágio permitiu-nos desenvolver intervenções baseadas na escuta ativa, corresponsabilidade e participação efetiva da família no processo de saúde e doença, compreendendo a criança e os pais como uma unidade inseparável de cuidado.

Após a reflexão crítica realizada ao longo do relatório, podemos afirmar que os objetivos delineados foram atingidos. Embora tenhamos enfrentado desafios e limitações inerentes à realidade dos contextos clínicos, estes não comprometeram a qualidade nem a relevância da intervenção realizada. Pelo contrário, exigiram de nós um exercício constante de adaptação, resiliência e reflexão, sem nunca perder de vista a temática central do projeto. Neste sentido, adaptámos também a teoria das transições ao nosso próprio percurso formativo.

Por fim, importa salientar que este relatório não representa um ponto final, mas sim um ponto de partida. Encerramos um ciclo académico e formativo com a consciência de que este é apenas o início de uma trajetória orientada para o desenvolvimento contínuo do conhecimento, a qualificação da prática profissional e a construção de respostas inovadoras que promovam o bem-estar da criança e da sua família.

Neste sentido, assumimos o compromisso de dar continuidade ao protocolo de *Scoping Review* desenvolvido, através da sua concretização e, posterior, publicação dos resultados. Esta iniciativa visa não só preencher uma lacuna na literatura científica, como também contribuir para a produção de conhecimento relevante e aplicável à prática clínica, especialmente, no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Este é, assim, o compromisso que projetamos para o futuro: continuar a crescer, investigar, intervir e transformar a prática em saúde infantil e pediátrica, dando continuidade ao projeto de intervenção iniciado, com o intuito de gerar mais conhecimento científico que apoie os pais no exercício da parentalidade, com a premissa de que o bem-estar das crianças está intrinsecamente ligado ao bem-estar dos seus cuidadores e que, também, eles, devem ser cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(4), 298–301. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1

Abidin, R. R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*(4), 407–412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12

Abidin, R. R., Smith, L. T., & Kim, H. (2022). Parenting stress. *WikiJournal of Medicine*, *9*(1), 3. https://doi.org/10.15347/WJM/2022.003

Aftyka, A., Rozalska, I., Rybojad, B., & Samardakiewicz, M. (2019). Polish version of the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *26*(1), 67–72. https://doi.org/10.26444/aaem/89769

Akkoyun, S., & Tas Arslan, F. (2019). Investigation of stress and nursing support in mothers of preterm infants in neonatal intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(2), 351–358. https://doi.org/10.1111/scs.12630

Alkhaqani, A. L. (2023). Communication and Teamwork as a Nursing Competence: Aspects of Facilitating and Impediments. *Journal of Medical Research and Reviews*, *1*(2), 47–50. https://doi.org/10.5455/JMRR.20230624051614

Alligood, M. R. (2014). Introduction to Nursing Theory: Its History, Significance, and Analysis. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (eighth edition, pp. 2–13). Elsevier.

Al Maghaireh, D. F., Abdullah, K. L., Chong, M. C., Chua, Y. P., & Al Kawafha, M. M. (2017). Stress, Anxiety, Depression and Sleep Disturbance among Jordanian Mothers and Fathers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *Journal of Pediatric Nursing*, *36*, 132–140. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.007

Alqarawi, N., Alhalal, E., & Alasqah, I. (2025). The moderating effects of nurses' characteristics on the perceptions and practices of family-centered care for chronically ill children and their families in Saudi Arabia. *BMC Nursing*, *24*(107), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02758-x

Als, H. (1994). Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *272*(11), 853–858. https://doi.org/10.1001/jama.272.11.853

Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *16*(4), 230–244. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030

Alves, S. C. da S. (2023). *Design Centrado no Ser Humano em pedidos de medicação: uma abordagem digital à Farmácia Hospitalar* [Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho]. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/85819/1/Sandra%20Catarina%20da%20Silva%20Alves.pdf

American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association. In *Psychological Review* (7th ed., Issue 1). American Psychological Association Inc. https://doi.org/10.1037/000016S-000

Angelo, M. (2016). A vulnerabilidade da criança e a pesquisa de enfermagem pediátrica. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, *16*(1), 5–10. https://doi.org/10.31508/1676-3793201600001

Anjum, A., & Zhao, Y. (2022). The Impact of Stress on Innovative Work Behavior among Medical Healthcare Professionals. *Behavioral Sciences*, *12*(9), 340. https://doi.org/10.3390/bs12090340

Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (2018). Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, *2*(1), 125. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1201

Araújo, M. I. V., Duarte, A. C. M., Figueiredo, M. H. de J. S., & Andrade, C. M. da S. M. (2024). Transição para a parentalidade da família face ao primeiro filho: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *77*(5), 1–11. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0487pt

Augusto, C., Rosário, R., Silva, M. J., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). Crianças com Necessidades Especiais. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 228–247). Lidel.

Azevêdo, A. V. dos S., Lançoni Júnior, A. C., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, *22*(11), 3653–3666. https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015

Baker, M. D., Monroe, K. W., King, W. D., Sorrentino, A., & Glaeser, P. W. (2009). Effectiveness of Fever Education in a Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, *25*(9), 565–568. https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181b4f64e

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(3), 537–546. https://doi.org/10.1111/scs.12367

Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma Scoping Review. *Enfermería Global*, *20*(1), 539–596. https://doi.org/10.6018/eglobal.413211

Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *46*(3), 449–461. https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6

Baumrind, D., & Thompson, R. A. (2002). The Ethics of Parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting Volume 5, Practical Issues in Parenting: Vol. Volume 5* (Second Edition, p. 3). Lawrence Erlbaum Associates.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics*, *19*(11), 9–12. https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402

Belim, C. (2023). A literacia em saúde: Um caminho a percorrer com o contributo do conhecimento e da Revista Portuguesa de Literacia em Saúde. *Revista Portuguesa de Literacia Em Saúde*, *1*, 4–15. https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf

Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, *12*(3), 463–472. https://doi.org/10.1177/0265407595123009

Bertille, N., Purssell, E., Corrard, F., Chiappini, E., & Chalumeau, M. (2016). Fever phobia 35 years later: did we fail? *Acta Paediatrica*, *105*(1), 9–10. https://doi.org/10.1111/apa.13221

Bienertova-Vasku, J., Lenart, P., & Scheringer, M. (2020). Eustress and Distress: Neither Good Nor Bad, but Rather the Same? *BioEssays*, *42*(7). https://doi.org/10.1002/bies.201900238

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2024). *Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.* https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/942/40001/4020502/Pages/default.aspx

Borges, E., & Rodrigues-Ferreira, T. (2011). Lidar com o Stresse Recursos de coping dos enfermeiros. *Saúde e Qualidade de Vida: Uma Meta a Atingir*, 26–30.

Bornstein, M. H. (2019). Preface. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting - Children and Parenting* (3rd Edition, pp. 9–13). Taylor & Francis.

Brito, A., Sartóris, A., Silva, C., Rodrigues, G., Costa, mónica, & Nunes, L. (2017). Presença dos pais durante a reanimação da criança Uma reflexão epistemológica, ética, deontológica e jurídica. *Percursos*, *38*, 3–25. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_38.pdf

Brito, A., Vicente, B., Reis, A., & Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista Da UI-IPSantarém*, *3*(5), 75–90. https://www.researchgate.net/profile/Alcinda-Reis-2/publication/306573086_Intervencoes_de_enfermagem_culturalmente_congruentes_em_imigrant

es/links/57fe74fd08ae6b2da3c892e8/Intervencoes-de-enfermagem-culturalmente-congruentes-em-imigrantes.pdf

Brito, A. de, & Faro, A. (2016). Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, *10*(1). https://doi.org/10.24879/201600100010048

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

Brunt, B. A., & Morris, M. M. (2023). *Nursing Professional Development Evidence-Based Practice*. StatPearls [Internet]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589676/

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2005). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *1*(37), 1–4. https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade - representaçoes e tarefas de desenvolvimento . In M. C. S. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17–49). Quarteto.

Cappa, K. A., Begle, A. M., Conger, J. C., Dumas, J. E., & Conger, A. J. (2011). Bidirectional Relationships Between Parenting Stress and Child Coping Competence: Findings From the Pace Study. *Journal of Child and Family Studies*, *20*(3), 334–342. https://doi.org/10.1007/s10826-010-9397-0

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Carmo, M., Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). A Criança e o Jovem Submetidos a Procedimento Cirúrgico. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 218–230). Lidel.

Carvalho, J. M. das N. (2009). *Adaptação à Parentalidade: um desafio para novos pais: Estudo do stresse parental em pais primíparos* [Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade de Coimbra]. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12692/3/J%C3%BAlia%20Maria%20Carvalho.pdf

Carvalhais, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. J. (2021). Perspective of specialist nurses on atraumatic care in pediatrics. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, *2021*(17), 31–39. https://doi.org/10.29352/mill0217.24102

Çelik, T., & Güzel, Y. (2024). Parents' Knowledge and Management of Fever: "Parents Versus Fever!" *Turkish Archives of Pediatrics*, *59*(2), 179–184. https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatr.2024.23152

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities*. https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-environmental-h.pdf

Cerqueira, C., & Barberi-Figueiredo, M. do C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28–32). Lisboa: Lidel.

Chiappini, E., Parretti, A., Becherucci, P., Pierattelli, M., Bonsignori, F., Galli, L., & de Martino, M. (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatrics*, *12*(97). https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-97

Chora, M. A. F. C., & Ruas, C. I. N. F. (2023). Contributions of the Intervention of the Specialist Nurse in Child Health in Parental Training. *International Journal of Health Science*, *3*(41), 2–7. https://doi.org/10.22533/at.ed.1593412301068

Coombs, H. (2022). *Case Study Research Defined [White Paper]*. https://doi.org/10.5281/zenodo.7604301

Compat Medical. (2023). *ENFit®: Promovendo a segurança do paciente com um design exclusivo específico para uso enteral.* https://www.compat.com/wp-content/uploads/2023/09/compat-clinical-articles-enfit-04sep2023-pt.pdf

Cook, D. A., Levinson, A. J., Garside, S., Dupras, D. M., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Instructional Design Variations in Internet-Based Learning for Health Professions Education: A

Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic Medicine*, *85*(5), 909–922. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181d6c319

Costa, A. R., Goulart Nobre, C. M., Gomes, G. C., Nornberg, P. K. de O., & Rosa, G. S. M. (2019). Sentimentos gerados na família pela internação hospitalar da criança. *Journal of Nursing and Health*, *9*(2). https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.14012

Costa, J., Moraes, E., Carmona, E., & Mendes-Castillo, A. (2022). O cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva neonatal: Conceções dos técnicos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI Série*(Nº 1). https://doi.org/10.12707/RV21144

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, *15*(3), 137–145. https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181

Crnic, K. A., & Coburn, S. S. (2019). Part II - Applied Issues in Parenting: Stress and Parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting - Children and Parenting: Vol. Volume 4* (3rd Edition, pp. 421–448). Taylor & Francis.

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday Stresses and Parenting. In M. H. Bornstei (Ed.), *Handbook of Parenting - Practical Issues in Parenting: Vol. Volume 5* (Second Edition, pp. 243–268). Lawrence Erlbaum Associates. https://www.researchgate.net/profile/Keith-Crnic/publication/232498354_Everyday_stresses_and_parenting/links/02e7e538205299080600000 0/Everyday-stresses-and-parenting.pdf

Cruz, A. C., & Angelo, M. (2019). Bom relacionamento com famílias no contexto neonatal e pediátrico: definição na perspectiva de enfermeiros. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, *18*(2), 69–77. https://doi.org/10.31508/1676-3793201800011

Cruz, M. R., Albernaz, V. S. M. L., Silva, L. C. S., Costa, T. A. M., & Cavalcanti, D. da S. P. (2020). Fatores de risco relacionado à infecção em uti neonatal. *Saúde & Ciência Em Ação - Revista Acadêmica Do Instituto de Ciências Da Saúde*, *6*(2), 1–15. https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/803

Cruz, O. (2013). *Parentalidade* (Livpsic).

Decreto-Lei n.º 161/96, do Ministério da Saúde (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE]. Diário da República, I série A, n.º 205, 161/1996, Série I-A de 1996-09-04. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640

Decreto-Lei n.º 63/2016, da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016.. Diário da República: 1.ª Série , nº 176, 13 de setembro de 2016. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452

Decreto-Lei n.º 65/2018, da Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República n.º 157/2018, Série I. 4147–4182 de 2018-08-16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879

Decreto-Lei n.º 103/2023, da Presidência do Conselho de Ministros (2023). Decreto-Lei n.º 103/2023. Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279

Decreto-Lei n.º 52/2022, da Presidênca do Conselho de Ministro (2022). Decreto-Lei n.º 52/2022. Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04 . https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf

Decreto-Lei n.º 73/2017, da Saúde (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017. Diário da República n.º 118/2017, Série I de 2017-06- 21.. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/06/11800/0312803140.pdf

Despacho n.º 3762/2015, do Ministério da Saúde, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Despacho n.º 3762/2015. Diário da República n.º 73/2015, Série II de 2015-04-15. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3762-2015-66984659

Despacho n.º 5613/2015, do Ministério da Saúde, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). Despacho n.º 5613/2015. Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029

Despacho n.º 6668/2017, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2017). Despacho n.º 6668/2017. Diário da República n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6668-2017-107794485

Despacho n.º 9871/2010, do Ministério da Saúde, da Gabinete da Ministra (2010). Despacho n.º 9871/2010. Diário da República n.º 112/2010, Série II de 2010-06-11. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9871-2010-3131193

Devesa, C. (2022). *Saúde Infantil e Juvenil: Manual de Boas Práticas*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/933/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Anexo%20V%20-%20Sa%C3%BAde%20Infantil%20e%20Juvenil.pdf

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). *Orientação n.º 014/2015: Processo de Gestão da Medicação*. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2018). *Norma 014/2018: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. https://www.sip-spp.pt/media/zbcpste3/febre-curta-durac-a-o-processo-assistencial-integrado-2018-dgs.pdf

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). *Norma 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf

Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar deUrgência/ /Emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma 007/2020: Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. https://www.spci.pt/media/covid-19/Norma_007_2020_DGS_Covid19.pdf

Docherty, S. L., Brandon, D., Superdock, A. K., & Barfield, R. C. (2019). Impact of Chronic Illness, Disability, or End-of-Life Care for the Child and Family. In M. J. Hokenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong´s Nursing Care of Infants and Children* (11th ed., pp. 589–627). Elsevier.

Doupnik, S. K., Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D., Bae, H., Shaik, A., Qiu, M. (Kefeng), Marsac, M., & Feudtner, C. (2017). Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, *140*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171

Duffy, E. A. (2019). Section V Family-Centered Care of the Toddler an Preschooler - Health Promotion of the Tod-dler and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG´S Nursing Care of Infants and Children* (pp. 393–422). Elsevier.

Dutta, S., Mahajan, R., Agrawal, S. K., Nehra, R., & Narang, A. (2016). Stress in fathers of premature newborns admitted in a neonatal intensive care unit. *Indian Pediatrics*, *53*(4), 311–313. https://doi.org/10.1007/s13312-016-0843-y

Education Workforce Council. (2024). *Good practice guide: Reflective practice*. https://www.ewc.wales/site/index.php/en/documents-eng/fitness-to-practise/good-practice-guides/1304-good-practice-guide-reflective-practice/file

Estevão, A. R., Teodoro, F. C., Ribas Pinto, M. N. de G., Freire, M. H. D. S., & Mazza, V. D. A. (2016). A família no cuidado de enfermagem à criança: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, *21*(4). https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.46551

Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J., & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, *2*(1), 489. https://doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).489

Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings - first update*. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-infection-prevention-and-control-healthcare-settings-march-2020.pdf

Euro-Peristat. (2020). *European Perinatal Health Report*. https://www.europeristat.com/wp-content/uploads/2022/11/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf

Fang, Y., Boelens, M., Windhorst, D. A., Raat, H., & van Grieken, A. (2021). Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2641–2661. https://doi.org/10.1111/jan.14767

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 86–94).

Fernandes, C. M. B., Tanabe, P., Gilboy, N., Johnson, L. A., McNair, R. S., Rosenau, A. M., Sawchuk, P., Thompson, D. A., Travers, D. A., Bonalumi, N., & Suter, R. E. (2005). Five-Level Triage: A Report from the ACEP/ENA Five-Level Triage Task Force. *Journal of Emergency Nursing*, *31*(1), 39–50. https://doi.org/10.1016/j.jen.2004.11.002

Fiorot, A. C., & Pontelli, B. P. B. (2017). A criança hospitalizada e a garantia de acesso à educação pela classe hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade, Bebedouro SP*, *4*(1), 100–113. https://doi.org/https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cadernodeeducacao/sumario/50/26042017192942.pdf

Fisher, K. (2019). The High-Risk Newborn and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong´s Nursing Care of Infants and Children* (11th ed., pp. 270–327). Elsevier.

Flores Chura, M. Y., & Ramos Caballero, E. J. (2023). Estrés parental y percepción del cuidado parental de enfermería en neonatología. *Pensamiento Americano*, *16*(32). https://doi.org/10.21803/penamer.16.32.525

Foote, J. M. (2019). Communication, Physical, and Developmental Assessment of the Child and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong´s Nursing Care of Infants and Children* (11th ed., pp. 80–132). Elsevier.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). O que é a investigação científica? In *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodidacta, pp. 4–6). Lusodidacta.

Fortin, M.-F., Vissandjée, B., & Côté, J. (1996). A investigação específica de uma disciplina: o exemplo das ciências de enfermagem. In Décarie Editeur & Lusociência (Eds.), *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (pp. 25–34). Lusociência. https://www.academia.edu/91207379/O_processo_de_investiga%C3%A7%C3%A3o_FORTIN

França, A. C. F., Saraiva, C. O. P. de O., Bessa, I. F., Linhares, N. G., Linhares, P. V. A., & Barros, S. E. C. (2023). *Segurança no uso de medicamentos em pediatria*. https://admin.cff.org.br/src/uploads/noticia/arquivo/0ccb8d863239279f7970f92b9972ee820d6e0915.pdf

Franck, L. S., Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, *49*(6), 608–615. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x

Fujiana, F., Sari, L., & Murtilita. (2022). The Relationship of Parenting Patterns to Temper Tantrum Behavior in Pre-School Age Children (3-6 Years) in Suka Damai Hamlet, Segedong District. *Journal of Health and Nutrition Research*, *1*(1), 21–28. https://doi.org/10.56303/jhnr.v1i1.2

Gaino, B. S., Flauzino, C. J., Silva, D. R. M., & Teixeira, T. da S. (2012). O luto antecipatório dos pais de uma criança com doença crônica: uma análise fenomenológica do filme Em busca da luz. *Psicólogo Informação*, *16*(16), 71–101. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-88092012000200004&script=sci_abstract

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Revista Latino Americana Enfermagem*, *11*(3), 371–375. https://www.scielo.br/j/rlae/a/kf4CHLgXQYjw96KZkFWrsbQ/?format=pdf&lang=pt

Golfenshtein, N., Srulovici, E., & Deatrick, J. A. (2016). Interventions for Reducing Parenting Stress in Families With Pediatric Conditions. *Journal of Family Nursing*, *22*(4), 460–492. https://doi.org/10.1177/1074840716676083

Golsäter, M., Karlsson Fiallos, M., Olsson Vestvik, S., Anefur, H., & Harder, M. (2023). Child health care nurses' cultural competence in health visits with children of foreign background. *Nursing Open*, *10*(3), 1426–1436. https://doi.org/10.1002/nop2.1393

Gonçalves, P. A. (2021). Stress Parental Durante o Estado de Emergência. *Gazeta Médica*, *8*(2). https://doi.org/10.29315/gm.v8i2.369

Gorin, M. C., Mello, R., Machado, R. N., & Féres-Carneiro, T. (2016). O estatuto contemporâneo da parentalidade. *SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais Do Estado de São Paulo*, *16*(2), 3–15. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200002

Government of South Australia. (2020). *Tantrums*. https://parenting.sa.gov.au/pegs/PEG25-Tantrums.pdf

Gravel, J., Manzano, S., & Arsenault, M. (2009). Validity of the Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *CJEM*, *11*(01), 23–28. https://doi.org/10.1017/S1481803500010885

Graven, S. N., & Browne, J. V. (2008). Sensory Development in the Fetus, Neonate, and Infant: Introduction and Overview. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *8*(4), 169–172. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2008.10.007

Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized DevelopmentalCare and Assessment Program(NIDCAP). *Revista de Pediatria Do Centro Hospitalar Do Porto*, *24*(3), 99–102. https://doi.org/https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v24.i3.8509

Guimarães, M. S. de F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf

Günther, H., & Júnior, J. L. (2012). Perguntas Abertas Versus Perguntas Fechadas: Uma Comparação Empírica. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, *6*(2), 203–2013. https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/17094/15580

Hakio, N., Rantanen, A., Åstedt-Kurki, P., & Suominen, T. (2015). Parents' experiences of family functioning, health and social support provided by nurses – A pilot study in paediatric intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *31*(1), 29–37. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.08.001

Harley, J. (2024). Developing self-awareness for effective nurse leadership. *Nursing Management*, *31*(5), 20–25. https://doi.org/10.7748/nm.2024.e2124

Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental Transitions. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 87–94). Springer Publishing Company.

Heidarzadeh, M., Heidari, H., Ahmadi, A., Solati, K., & sadeghi, N. (2023). Evaluation of parental stress in neonatal intensive care unit in Iran: a national study. *BMC Nursing*, *22*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01200-4

Hendy, A., El-sayed, S., Bakry, S., Mohammed, S. M., Mohamed, H., Abdelkawy, A., Hassani, R., Abouelela, M. A., & Sayed, S. (2024). The Stress Levels of Premature Infants' Parents and Related Factors in NICU. *SAGE Open Nursing*, *10*. https://doi.org/10.1177/23779608241231172

Hockenberry, M. J. (2019). Preface. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th ed., pp. 13–15). Elsevier. http://evolve.elsevier.com/wong/ncic/

Hockenberry, M. J. (2022). Perspectives of Pediatric Nursing. In E. A. Duffy & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children - E-Book: Wong's Nursing Care of Infants and Children - E-Book* (12th ed., pp. 1–35). Elsevier Health Sciences.

https://books.google.pt/books?id=MZOkEAAAQBAJ&pg=PA1&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). WONG´s: Nursing Care of Infants and Children. In *WONG´s: Nursing Care of Infants and Children* (11 th). Elsevier. http://evolve.elsevier.com/wong/ncic/

Holly, L. E., Fenley, A. R., Kritikos, T. K., Merson, R. A., Abidin, R. R., & Langer, D. A. (2019). Evidence-Base Update for Parenting Stress Measures in Clinical Samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *48*(5), 685–705. https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1639515

Hsu, A., Sasson, C., Kudenchuk, P. J., Atkins, D. L., Aziz, K., Becker, L. B., Berg, R. A., Bhanji, F., Bradley, S. M., Brooks, S. C., Chan, M., Chan, P. S., Cheng, A., Clemency, B. M., de Caen, A., Duff, J. P., Edelson, D. P., Flores, G. E., Fuchs, S., Topjian, A. (2021). 2021 Interim Guidance to Health Care Providers for Basic and Advanced Cardiac Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 14(10). https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008396

Im, E. O. (2014a). Theory of Transitions. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing : Vol. Section Two* (Third Edition, pp. 253–276). Springer Publishing Company.

Im, E. O. (2014b). Transitions Theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (eighth edition, pp. 378–395). Elsevier.

Institute for Safe Medication Practices. (2024). *Three New Best Practices in the 2024-2025 Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals*. https://home.ecri.org/blogs/ismp-alerts-and-articles-library/three-new-best-practices-in-the-2024-2025-targeted-medication-safety-best-practices-for-hospitals

Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/carta-crianca-hospitalizada-5-edicao.pdf

International Council of Nurses (ICN). (2020). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE Português*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf

Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, *12*(4), 604–621. https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093

Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, *18*(5), e1003602. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602

Jokiniemi, K., & Miettinen, M. (2020). Specialist Nurses' Role Domains and Competencies in Specialised Medical Healthcare: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*, *13*(1), 171-171–179. https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cul&AN=142987161&site=eds-live

Karia, C. T., Hughes, A., & Carr, S. (2019). Uses of quick response codes in healthcare education: a scoping review. *BMC Medical Education*, *456*(19), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12909-019-1876-4

Kawafha, M. M. (2018). Parental stress in the neonate intensive care unit and its association with parental and infant characteristics. *Journal of Neonatal Nursing*, *24*(5), 266–272. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.05.005

Kayser, L., Kushniruk, A., Osborne, R. H., Norgaard, O., & Turner, P. (2015). Enhancing the Effectiveness of Consumer-Focused Health Information Technology Systems Through eHealth Literacy: A Framework for Understanding Users' Needs. *JMIR Human Factors*, *2*(1). https://doi.org/10.2196/humanfactors.3696

Konukbay, D., Vural, M., & Yildiz, D. (2024). Parental stress and nurse-parent support in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, *23*(1), 820. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02458-y

Koppner, J. (2024). *Stress and mental health in populations of societies exposed to extraordinary circumstances : with focus on perceived and biological stress, perceived health, psychosocial factors, and sense of coherence* (Vol. 1910). Linköping University Electronic Press. https://doi.org/10.3384/9789180756037

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *55*(3), 320–329. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x

Kurt, I. (2023). Comprehensive review on Parenting and Technology: Opportunities and Challenges in the 21st Century. *European Journal of Social Science Education and Research*, *10*(2), 1–14. https://doi.org/10.26417/610cpd97

Lawn, J. E., Gravett, M. G., Nunes, T. M., Rubens, C. E., & Stanton, C. (2010). Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*(S1), S1. https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-S1-S1

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, apraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Lebovici. (2004). Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In I. B. Günter & M. Chinalli (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (1ª Edição, pp. 21–27). Casa dos Psicólogos.

Lei n.º 106/2009, da Assembleia da República (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Diário da República n.º 178/2009, Série I de 2009-09-14. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/106-2009-489768

Lei n.º 156/2015, da Assembleia da República (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896

Lei n.º 95/2019, da Assembleia da República (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto -Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108

Leininger, M. M., & Mcfarland, M. R. (2002). *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research and Practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Lepesteur, J. D. (2024). A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO CONTINUADA PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE. *REVISTA FOCO*, *17*(5), e5214. https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n5-153

Libardi, M. B. O., Duarte, J. M. de O., Lima, J. A. de F., Monteiro, S. de N. C., Vaz, T. S., & Torri, Z. (2018). Comunicação em saúde por meio do ambiente virtual: relato de experiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *39*. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170229

Lim, S.-J., & Bang, K.-S. (2023). The perceptions and performance of family-centered care among pediatric nurses at a children's hospital in South Korea: a descriptive study. *Child Health Nursing Research*, *29*(3), 207–217. https://doi.org/10.4094/chnr.2023.29.3.207

Lindmark, U., Bülow, P. H., Mårtensson, J., & Rönning, H. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*, *6*(3), 664–675. https://doi.org/10.1002/nop2.249

Logan, G. E., Sahrmann, J. M., Gu, H., & Hartman, M. E. (2020). Parental Mental Health Care After Their Child's Pediatric Intensive Care Hospitalization*. *Pediatric Critical Care Medicine*, *21*(11), 941–948. https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002559

Lotz, M. (2017). Parental vulnerability. *Etikk i Praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*, *1*, 41–60. https://doi.org/10.5324/eip.v11i1.2246

Lu, C., Hu, Y., Xie, J., Fu, Q., Leigh, I., Governor, S., & Wang, G. (2018). The Use of Mobile Health Applications to Improve Patient Experience: Cross-Sectional Study in Chinese Public Hospitals. *JMIR MHealth and UHealth*, *6*(5), e126. https://doi.org/10.2196/mhealth.9145

Mace, S. E., Graff, L., Mikhail, M., & Ross, M. (2003). A national survey of observation units in the United States. *The American Journal of Emergency Medicine*, *21*(7), 529–533. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2003.08.012

Mackler, J. S., Kelleher, R. T., Shanahan, L., Calkins, S. D., Keane, S. P., & O'Brien, M. (2015). Parenting Stress, Parental Reactions, and Externalizing Behavior From Ages 4 to 10. *Journal of Marriage and Family*, *77*(2), 388–406. https://doi.org/10.1111/jomf.12163

Macy, M. L., Kim, C. S., Sasson, C., Lozon, M. M., & Davis, M. M. (2010). Pediatric observation units in the United States: A systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, *5*(3), 172–182. https://doi.org/10.1002/jhm.592

Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança:uma teoria explicativa de enfermagem* [Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/9420

Martins, L., & Ramos, S. (2020). A Criança e o Jovem em Fim de Vida. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 282–292). Lidel.

Mayer, R. E. (2009). *Multimedia Learning*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511811678

Mazurek, J., Pérez Rico, C., Fernández García, C., Magnot, J.-P., & Magnot, T. (2021). 5-Item Likert Scale and Percentage Scale Correspondence with Implications for the Use of Models with (Fuzzy) Linguistic Variables. *Revista de Métodos Cuantitativos Para La Economía y La Empresa*, *31*, 3–16. https://doi.org/10.46661/revmetodoscuanteconempresa.4010

McAnulty, G., Duffy, F. H., Kosta, S., Weisenfeld, N. I., Warfield, S. K., Butler, S. C., Alidoost, M., Bernstein, J. H., Robertson, R., Zurakowski, D., & Als, H. (2013). School-age effects of the newborn individualized developmental care and assessment program for preterm infants with intrauterine growth restriction: preliminary findings. *BMC Pediatrics*, *13*(1), 25. https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-25

Mekitarian, F. F. P., & Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, *33*(4), 460–466. https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (A. I. Meleis, Ed.). Springer Publishing Company. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Meleis, A. I. (2015). Transitions Theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (Fourth Edition, pp. 361–380). F. A. Davis Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M. (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, *4*(1), 61–73. https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119

Menezes, S., & Tomazinho, L. D. A. (2014). Presença de familiares durante a indução anestésica de crianças: Revisão da literatura. *Revsita Sobecc*, *19*(2), 92–98. https://doi.org/10.4322/sobecc.2014.015

Merck, T., & McElfresh, P. B. (2019). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong´s Nursing Care of Infants and Children* (11 th, pp. 658–677). Elsevier.

Mohajer, S., Bagheri, N., Chan, C. M., Danaee, M., Mazlum, S. R., Yoong, T. L., Lopez, V., & Namazinia, M. (2024). Effect of holistic reflective learning program on development of nursing students' professional competency in geriatric clinical practice: a quasi-experimental study. *BMC Medical Education*, *24*(1), 1159. https://doi.org/10.1186/s12909-024-06133-3

Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33–38). Lisboa: Lidel.

Montirosso, R., Del Prete, A., Bellù, R., Tronick, E., & Borgatti, R. (2012). Level of NICU Quality of Developmental Care and Neurobehavioral Performance in Very Preterm Infants. *Pediatrics*, *129*(5), e1129–e1137. https://doi.org/10.1542/peds.2011-0813

Montoro-Pérez, N., Oliver-Roig, A., Montejano-Lozoya, R., & Richart-Martínez, M. (2024). Psychometric properties of parental stress scales used in paediatric health care settings: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(3), 911–931. https://doi.org/10.1111/jocn.16920

Moraes, F. de, Benetti, E. R. R., Herr, G. E. G., Stube, M., Stumm, E. M. F., & Guido, L. de A. (2016). Estratégias de coping utilizadas por trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, *20*(1). https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160036

Nações Unidas. (2001). A Carta Internacional dos Direitos Humanos. *Ficha Informativa Sobre Direitos Humanos*. https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/ficha_informativa_2_carta_int_direitos_humanos.pdf

Nadeau, K., Pinner, K., Murphy, K., & Belderson, K. M. (2017). Perceptions of a Primary Nursing Care Model in a Pediatric Hematology/Oncology Unit. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *34*(1), 28–34. https://doi.org/10.1177/1043454216631472

Neves, C. A. de S. (2012). *Qualidade em Saúde: Optimização de Sistemas de Informação* [Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica e Biofísica, Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências]. https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/9464/1/ulfc105400_tm_Carina_Neves.pdf

Nielsen, T., Pontoppidan, M., & Rayce, S. B. (2020). The Parental Stress Scale revisited: Rasch-based construct validity for Danish parents of children 2–18 years old with and without behavioral problems. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 281. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01495-w

Nunes, L. (2020). Ética no Cuidado à Criança, Jovem e Família. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 65–79).

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Nutbeam, D., Levin-Zamir, D., & Rowlands, G. (2018). Health literacy and health promotion in context. *Global Health Promotion*, *25*(4), 3–5. https://doi.org/10.1177/1757975918814436

Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Perinatal Education*, *18*(3), 23–29. https://doi.org/10.1624/105812409X461199

Oliveira, T. N. De, & Palmeira, A. T. (2018). As funções do brincar para criança hospitalizada. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, *7*(1), 89–100. https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v7i1.1800

Oliveira, G. (2018). Neurodesenvolvimento e comportamento. In G. Oliveira & J. Saraiva (Eds.), *Lições de Pediatria Vol. I e II* (pp. 211–232). Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_12

Oliveira, S. A., Martelli, A., & Delbim, L. R. (2024). Planejamento e implementação de medidas de segurança com a metodologia 5W2H: Desafios e benefícios. *Revista Faculdades Do Saber*, *9*(23), 493–509. https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/313/232

Opperman, C. S., & Cassandra, K. A. (1998). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea* (S. Schrefer, Ed.). Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*, *1*(3).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, *6*(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE*, *8*(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (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 (OE). (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários.* https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/

O'Sullivan, G. (2010). The Relationship Between Hope, Eustress, Self-Efficacy, and Life Satisfaction Among Undergraduates. *Social Indicators Research*, *101*(1), 155–172. https://doi.org/10.1007/s11205-010-9662-z

Palacios, J. (2013). Prefácio. In *Parentalidade* (Livpsic, pp. 1–10).

Paul, H. A. (2019). The Tantrum Survival Guide: Tune In to Your Toddler's Mind (and Your Own) to Calm the Craziness and Make Family Fun Again. *Child & Family Behavior Therapy*, *41*(1), 66–71. https://doi.org/10.1080/07317107.2019.1571779

Pedrosa, B., Marujo, G. S. M. C., Correia, M. E. F., & Chora, M. A. F. C. (2025, March 12). Parent anxiety and nocturnal enuresis: a scoping review. https://doi.org/10.17605/OSF.IO/SXRFY

Philbin, M. K., & Gray, L. (2002). Changing Levels of Quiet in an Intensive Care Nursery. *Journal of Perinatology*, *22*(6), 455–460. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210756

Proença, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *Onco.News*, *42*, 30–37. https://doi.org/10.31877/on.2021.42.04

Putnam, S., Sanson, A., & Rothbart, M. (2002). Child temperament and parenting. *Handbook of Parenting*, *1*, 255–277.

Rajabzadeh, Z., Moudi, Z., Abbasi, A., & Miri-Aliabad, G. (2021). The Effect of Family-Centered Educational Supportive Intervention on Parental Stress of Premature Infants Hospitalized in the NICU. *Medical - Surgical Nursing Journal*, *9*(3). https://doi.org/10.5812/msnj.111847

Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-Nascido Pré-Termo. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118–134). Lidel.

Ramos, S., & Roca, A. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. *Psicologia*, 1–17.

Regulamento n.º 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, n.º 26/2019, Série II de 2019-02- 06. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Regulamento n.º 422/2018, da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, n.º 133/2018, Série II de 2018-07-12. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf

Regulamento n.º 743/2019, da Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica* (Afrontamento).

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3.ª ed). Porto: Afrontamento.

Ribas, L. H., Montezano, B. B., Nieves, M., Kampmann, L. B., & Jansen, K. (2024). The role of parental stress on emotional and behavioral problems in offspring: a systematic review with meta-analysis. *Jornal de Pediatria*. https://doi.org/10.1016/j.jped.2024.02.003

Ribeiro, M. A., Dutra, V. A. M. de F., Oliveira, L. P. de, Costa, G. D. S. R., Silva, Y. F. A. da, Inácio, J. P., Costa, A. B. R., Rodrigues, I. P., Cardozo, J. B., Arçari, C. N., Campos, G. A. O., & Aquino, S. K. V. de. (2024). A relevância da formação contínua e especializações para profissonais de saúde: garantindo excelência e atualização. *Periódicos Brasil. Pesquisa Científica*, *3*(2), 816–826. https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.120

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos* , 1–38. http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf

Salas, E., Tannenbaum, S. I., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K. A. (2012). The Science of Training and Development in Organizations. *Psychological Science in the Public Interest*, *13*(2), 74–101. https://doi.org/10.1177/1529100612436661

Saldarriaga Sandoval, L. J., Teixeira Lima, F. E., De Almeida, P. C., Barbosa, L. P., Gurge, S. de S., & Pascoal, L. M. (2021). Confiabilidad del instrumento Seguridad del Paciente en Administración de Medicamentos en Pediatría- Versión española. *Enfermería Global*, *20*(3), 330–361. https://doi.org/10.6018/eglobal.442261

Santos, J. S., Yakuwa, M. S., Andrade, R. D., Henrique, N. C. P., & Mello, D. F. de. (2016). Cuidado cotidiano da criança: necessidades e vulnerabilidades na perspectiva de mães adolescentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *18*. https://doi.org/10.5216/ree.v18.37864

Santos, M., Almeida, A., Lopes, C., & Oliveira, T. (2020). Os Telemóveis implicam risco biológico? *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, *9*, S29–S39. https://doi.org/10.31252/RPSO.11.04.2020

Scarzello, D., Arace, A., & Prino, L. E. (2016). Parental practices of Italian mothers and fathers during early infancy: The role of knowledge about parenting and child development. *Infant Behavior and Development*, *44*, 133–143. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.006

Schmidt, B., Staudt, A. C. P., & Wagner, A. (2016). Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, *9*(1). https://doi.org/10.4013/ctc.2016.91.01

Scott, K. L. (2022). Communication and Physical Assessment of the Child and Family. In E. A. Duffy & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children - E-Book: Wong's Nursing Care of Infants and Children - E-Book* (12th ed., pp. 74–195). Elsevier Health Sciences. https://books.google.pt/books?id=MZOkEAAAQBAJ&pg=PA74&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false

Selye, H. (1978). *The stress of life, revised edition* (Paperback Edition, Ed.). The McGraw-Hill Companies.

Selye. Hans. (1956). Book II: The dissection of stress - Inventory of assets: (b) the abstractions. In *The stress of life* (pp. 54–67). McGraw-Hill Book Company.

Sepanas, E., Barros, J. P., Fidalgo, L., Lopes, S., & Mestre, T. (2024). *Norma para a elaboração de trabalhos académicos produzidos no IPBeja* (Instituto Politécnico de Beja, Ed.; 1ª Edição). https://www.ipbeja.pt/UnidadesOrganicas/biblioteca/Documents/NormasTrabalhosAcademicos/NormasTrabalhosAcademicos_IPBeja.pdf

Serviços Técnicos de Informática. (2020). *Logística*. https://sti.pt/Pdf/LOGISTICA.pdf

Silva, A. P. (2007). "Enfermagem avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, *55*(1–2), 11–20. https://www.scienceopen.com/document?vid=013619d4-20f6-4763-a002-686bf1a249e5

Silva, G. M. (2020). A Criança do 1 aos 3 Anos. In A. L. Ramos & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 147–158). Lidel.

Silva, I. M. (2024). Comunicação e literacia em saúde: estratégias e desafios. *The Trends Hub - Revista Académicade Tendências Em ComunicaçãoeCiênciasEmpresariais*, *4*, 1–8. https://doi.org/10.34630/tth.vi4.5676

Silva, M. C. P. (2004). Prefácio à Edição Brasileira. In I. B. Günter & M. Chinalli (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (1ª Edição, pp. 9–10). Casa do Psicólogo.

Simões, J. F. F. L. (2018). Metodologia de Estudo de Caso no Ensino Clínico de Enfermagem. In *a investigação no ensino-aprendizagem-práticas de articulação* (6.a edição, p. 41). Universidade de aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/25332/1/Miolo_F.pdf

Sobreira, D. A., Guaitolini, D., Rolla, L. D. M., & Nascimento, M. R. (2023). Estresse parental e práticas educativas em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento. In *Saúde Mental: interfaces, desafios e cuidados em pesquisa - Volume 3* (pp. 79–100). Editora Científica Digital. https://doi.org/10.37885/231014865

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (n.d.). *Consenso Clínico "Prematuridade Tardia."* Retrieved April 19, 2025, from https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-PTT-.pdf

Solis-Ponton, L. (2004). A construção da parentalidade. In I. B. Günter & M. Chinalli (Eds.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (1ª edição, pp. 29–40). Casa do Psicólogo.

Sousa, F. M. R. P. C., & Curado, M. A. dos S. (2020). Avaliação do stress parental na unidade de neonatologia: revisão scoping . *Pensar Enfermagem*, *24*(2), 65–86. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45139/1/art.%20p.%2065-86.pdf

Sousa, P. C. M. M., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos De Saúde*, *15*(1), 4–17. https://doi.org/https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580

Souza, J. R., & Seidl, E. M. (2014). Distress e enfrentamento: da teoria à prática em. *Brasília Médica*, *50*(3), 252–252. https://doi.org/10.14242/2236-5117.2014v50n3a96p252

Souza, L. L. B., & Ferreira, L. C. (2018). Contaminação microbiológica em Smartphones. *Revista Vértices*, *20*(2), 207–212. https://doi.org/10.19180/1809-2667.v20n22018p207-212

Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor # of *Nature*. *Stress*, *15*(5), 472–478. https://doi.org/10.3109/10253890.2012.710919

Tager, A., Lee, K. J., Brophey, M. A., Scanlon, M. C., Rothschild, C. B., Davies, W. H., & Schnell, J. L. (2025). Coping and Meaning-Making Strategies Described by Parents of Children with Medical Complexity. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. https://doi.org/10.1177/21694826251322195

Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A Família Como Promotora Da Transição Para a Parentalidade. *Revista Da Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, *8*(1), 17–30. https://doi.org/https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874

Topjian, A. A., Raymond, T. T., Atkins, D., Chan, M., Duff, J. P., Joyner, B. L., Lasa, J. J., Lavonas, E. J., Levy, A., Mahgoub, M., Meckler, G. D., Roberts, K. E., Sutton, R. M., Schexnayder, S. M., Bronicki, R. A., de Caen, A. R., Guerguerian, A. M., Kadlec, K. D., Kleinman, M. E., Zaritsky, A. (2020). Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 142(16_suppl_2). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2024). *World Prematurity Day 2024*. https://www.unicef.org/vietnam/press-releases/world-prematurity-day-2024

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

United Nations Children's Fund (UNICEF). (1978). *Alma-Ata: Cuidados Primários de Saúde*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=6E470C0DC4BB4ECCBA794BE1DE2303C1?sequence=5

USF Artemisa. (2015). *" Oh Mãe... Pica Não": Estratégias de comunicação na abordagem à criança de 5/6 anos no momento da vacinação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/USFArtemisaParede_OhMaePicaNao.pdf

Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In A. L. Ramos & M. do Céu Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293–309). Lidel.

Viana, J., Bragança, R., Santos, J. V., Alves, A., Santos, A., & Freitas, A. (2023). Validity of the Paediatric Canadian Triage Acuity Scale in a Tertiary Hospital: An Analysis of Severity Markers' Variability. *Journal of Medical Systems*, *47*(1), 16. https://doi.org/10.1007/s10916-023-01913-8

Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (M. Robalo, Ed.; 3ª edição). Edições Sílabo.

Wachman, E. M., & Lahav, A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, *96*(4), 305–309. https://doi.org/10.1136/adc.2009.182014

Wheeler, B. J. (2019). Health Promotion of the Newborn and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong´s Nursing Care of Infants and Children* (11th ed., pp. 196–237). Elsevier.

Wigert, H., Dellenmark Blom, M., & Bry, K. (2014). Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatrics*, *14*(1), 304. https://doi.org/10.1186/s12887-014-0304-5

Wilson, E. A. H., Makoul, G., Bojarski, E. A., Bailey, S. C., Waite, K. R., Rapp, D. N., Baker, D. W., & Wolf, M. S. (2012). Comparative analysis of print and multimedia health materials: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, *89*(1), 7–14. https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.007

World Health Organization (WHO). (2008). *World Alliance for Patient Safety*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (WHO). (2013a). *Health literacy The solid facts*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf

World Health Organization (WHO). (2013b). *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses* (World Health Organization, Ed.; 2nd ed.). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/81170/9789241548373_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2018). *Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2020). *A regional guide to the development of nursing specialist practice*. https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMNUR432E-eng.pdf

World Health Organization (WHO). (2021). *Roadmap to improve and ensure good indoor ventilation in the context of COVID-19*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339857/9789240021280-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (2023a). *Stress*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress

World Health Organization (WHO). (2023b). *Cuidados de saúde primários*. https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care#Por%20Que%20Motivo%20S%C3%A3o%20importantes%20OS%20Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios?

World Health Organization (WHO). (2023c). *Preterm birth*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

World Health Organization (WHO). (2025). *Measuring and monitoring quality of care to improve maternal, newborn, child and adolescent health services A practical guide for programme managers*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240105737

Wray, J., Lee, K., Dearmun, N., & Franck, L. (2011). Parental anxiety and stress during children's hospitalisation: The StayClose study. *Journal of Child Health Care*, *15*(3), 163–174. https://doi.org/10.1177/1367493511408632

Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *33*(3), 540–555. https://doi.org/10.1111/scs.12670

Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2019). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, *22*(2), 398–405. https://doi.org/10.1111/nhs.12671

Zeng, S., Hu, X., Zhao, H., & Stone-MacDonald, A. K. (2020). Examining the relationships of parental stress, family support and family quality of life: A structural equation modeling approach. *Research in Developmental Disabilities*, *96*, 103523. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103523

Anexo A

Pedido de Apreciação à Comissão de Ética

[redacted]

ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.1

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Intervenção do EEESIP na Gestão do Stress Parental

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s):

Beatriz Vicente Pedrosa

Filiação Institucional:

Enfermeira de Cuidados Gerais no serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local do Baixo Alentejo [ULSBA], EPE.

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: Sr.ª Professora Doutora Maria Eduarda Correia

Justificação:

A elaboração e aplicação dos questionários de diagnóstico da situação e de avaliação da formação assim, como a apresentação do vídeo enquadram-se no âmbito do Projeto de Mestrado em Enfermagem da especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica a desenvolver, com recurso à metodologia de Projeto.

Objetivos do Estudo:

Objetivo Geral:
Avaliar o interesse/ importância da temática da gestão do stress parental no desenvolvimento infantil, em contexto de cuidados de saúde primários.

Objetivos Específicos:
Sensibilizar os enfermeiros sobre a importância da gestão do stress parental no desenvolvimento infantil;
Transmitir conhecimentos sobre como é que as várias fases de desenvolvimento afetam o stress parental;
Capacitar os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), para a gestão do stress parental, nas diversas fases do desenvolvimento infantil.

Data prevista de início dos trabalhos: 13 / 05 / 2023

Data prevista de fim dos trabalhos: 12 / 7 / 2023

[redacted]

ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.1

Metodologia

Tipo de Estudo:

Não se enquadra num estudo de investigação

População e Amostra/Informantes:

Profissionais de Saúde (Médicos e Enfermeiros) de Saúde da USF- Alfa Beja.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Locais onde Decorre a Investigação:

[redacted]

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

O instrumento selecionado para a colheita de dados foi um questionário a realizar, antes e após a sessão de formação, uma vez que se pretende verificar, não só a pertinência da mesma, assim como a efetividade dos conteúdos apresentados. Por não existir nenhum questionário que respondesse às necessidades dos objetivos, elaborou-se um novo, com cincoperguntas fechadas (Apêndice I e Apêndice II).

Garantia de Confidencialidade:

Os dados obtidos assim, como a sua análise serão apenas para fins académicos no âmbito do Estágio realizado na instituição e respectivo Relatório.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

Não há a previsão de danos para os participantes

[redacted]

ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	PR.344.1

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?

Explicitar em caso afirmativo:

A realização da presente intervenção trará benefícios para os sujeitos, uma vez que será abordada a temática do stress parental à luz da evidência científica mais atual.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:

Não se aplica.

ANEXAR

1. **Folha de Consentimento Informado** que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:
   - Identificação do investigador;
   - Identificação do estudo;
   - Objetivos do estudo;
   - Informações relevantes;
   - Caráter voluntário da participação e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo;
   - Confidencialidade das respostas
2. **Instrumento(s) de Colheita de Dados**
3. **Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)
4. **Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data:

O Proponente:

ANEXO B

PARECER POSITIVO DA COMISSÃO DE ÉTICA



EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 06/2024 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 20.06.2024 (Ata nº 25, Ponto 4.1)

Aos catorze dias do mês de junho de dois mil e vinte e quatro, pelas catorze horas, na [redacted] EPE, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: [redacted] Enfermeira, [redacted] Psicóloga, [redacted] Assistente Graduada-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Departamento de Saúde Mental, e Presidente desta Comissão, [redacted] Juiz e Presidente da Comarca de Beja, [redacted], Técnica Superior de Serviço Social, [redacted] Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, [redacted] Engenheiro do Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente. Não puderam estar presente e justificaram a sua ausência [redacted] Assistente de Medicina Geral e Familiar, e [redacted], Farmacêutica. ----------

---------- Foram tratados os seguintes assuntos: ----------

««««**PONTO VINTE E UM – EDOC/2024/24746** – Projeto «Intervenção do EEESIP na gestão do Stress Parental», a realizar por Beatriz Vicente Pedrosa. ----------

--- A Comissão de Ética não tem nada a opor e emite parecer favorável. ----------

[redacted]

A Presidente da Comissão de Ética

[redacted]

[redacted]

ANEXO C

2AS JORNADAS DE ENFERMAGEM

Participação em Eventos Científicos

Declaração

Certifica-se que **Beatriz Pedrosa**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **15031865**, frequentou o seguinte evento científico:

2as Jornadas de Enfermagem

que decorreu a **22 de Março de 2024**, com a duração de 9 horas, no seguinte local: Hospital CUF Sintra

Carnaxide, 22 de Março de 2024



Piedade Sande Lemos

Código de Certificado: C-65d72450b4707

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academiacuf.up.events

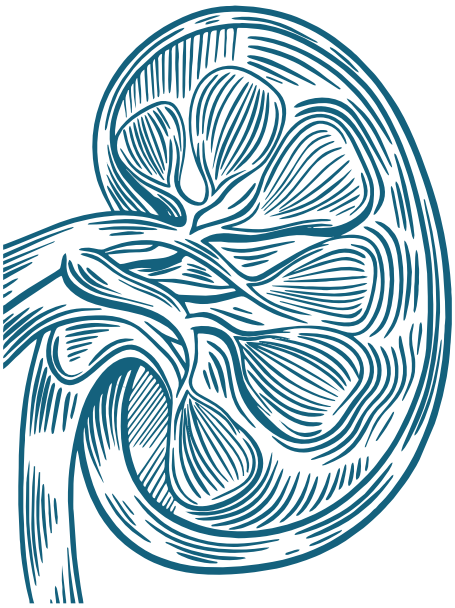
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Anexo D

Certificado do II Encontro de Pediatria No Alentejo

II ENCONTRO DE PEDIATRIA NO ALENTEJO

ATUALIZAÇÃO EM PATOLOGIA NEFROLÓGICA



Certificado

Certifica-se que

Beatriz Pedrosa

esteve presente no II Encontro de Pediatria no Alentejo:
Patologia Nefro-Urológica em Idade Pediátrica

Beja, 20 de setembro de 2024

A Comissão Organizadora

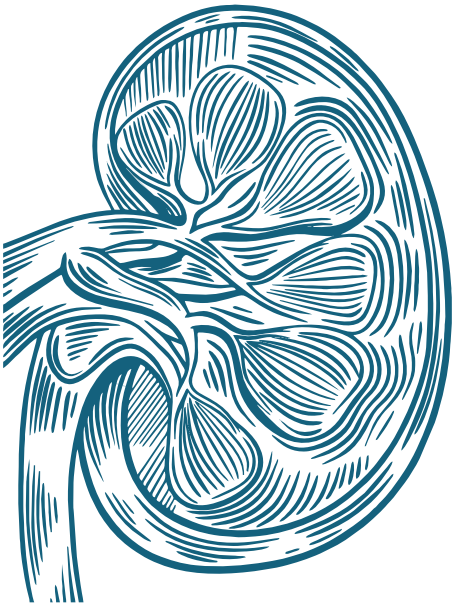
REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE · SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE · UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES | BEJA SERVIÇO DE PEDIATRIA · COM O PATROCÍNIO CIENTÍFICO: SPNP Sociedade Portuguesa de Nefrologia Pediátrica

Anexo E

Certificado dos Cursos de Enfermagem II Encontro De Pediatria No Alentejo

II ENCONTRO DE PEDIATRIA NO ALENTEJO

ATUALIZAÇÃO EM PATOLOGIA NEFROLÓGICA



Certificado

Certifica-se que

Beatriz Pedrosa

esteve presente no Curso para Enfermagem

Colheita Asséptica de Urina - Método Clean-Catch,

Queimaduras em Idade Pediátrica e Drenagens Torácicas

***Pediátrica e Neonatal*, com a duração de 3 horas e meia.**

Beja, 19 de setembro de 2024

A Comissão Organizadora

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BAIXO ALENTEJO HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES | BEJA SERVIÇO DE PEDIATRIA | COM O PATROCÍNIO CIENTÍFICO: SPNP Sociedade Portuguesa de Nefrologia Pediátrica

Anexo F

Formação Profissional de Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Beatriz Vicente Pedrosa natural de Sintra nascida em 12/12/1998, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 15031865 válido até 09/08/2027, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica, em 25/11/2023, com a duração de 7:30 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Mesa 2 - Mitos e verdades sobre os primeiros anos de vida das crianças	2:00	-
Mesa 3 - Impacto da educação nos primeiros anos de vida das crianças	2:30	-
Encerramento	0:30	-
Acolhimento	0:30	-
Mesa 1 - Prevenção desde a gravidez: o pós-parto	2:00	-

Alcoentre, 05 de dezembro de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Sosmamã, Lda.

_____

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 359/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

REPÚBLICA PORTUGUESA

ANEXO G

CERTIFICADO SAVPED



Certifica-se que **Beatriz Vicente Pedrosa**, nascido(a) em 12/12/1998, com o número de identificação civil ****1865, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 17/09/2024 a 18/09/2024, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 18 de setembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira

American Heart Association. | AUTHORIZED TRAINING CENTER

Certificado nº 24116802

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

Anexo H

Certificado 5.º Seminário NIDCare – "Investigar em Neonatologia: A problemática do *stress* do recém-nascido"

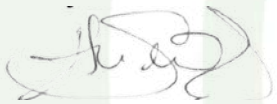
ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CIDNUR
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa

Certificado

Declara-se que **Beatriz Pedrosa** participou no **5º Seminário NIDCare - "Investigar em neonatologia: A problemática do stress do recém-nascido"**, que decorreu no dia 09 de outubro de 2024, das 09h30 às 15h30.

Lisboa, 14 de outubro de 2024



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

ANEXO I

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA AULA ABERTA "CUIDADOS PARA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO"

IPBeja
Instituto Politécnico de Beja

CERTIFICADO
CERTIFICATE

Beatriz Pedrosa, participou na aula aberta: "Cuidados para promoção do desenvolvimento do recém-nascido prematuro", que decorreu a 3 de dezembro de 2024, num total de 3 horas.

Beja, 3 de dezembro de 2024

A Diretora
da Escola Superior de Saúde
The Director of the Higher School of Health

Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

ANEXO J

CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PÓSTER CIENTÍFICO "RISCO DE ENGASGAMENTO NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Eu, Andreia Filipa Mendes de Amaral, portadora do cartão de cidadão nº 13724829 e gerente da empresa SOSMAMÃ, Lda, declaro para os devidos efeitos que as senhoras enfermeiras Beatriz Pedrosa, Gabriela Marujo, Inês Maia, Mafalda Viegas e Teresa Falca, a frequentar o mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria, estarão presentes nas Jornadas do bebé e da criança a 25 de novembro em Azambuja, para apresentação do póster científico com o tema "risco de engasgamento na alimentação complementar".

Por ser verdade e me ter sido pedida, passo a presente declaração que vai por mim assinada.



Enfª Andreia Amaral

APÊNDICE A

CRONOGRAMA GERAL DAS ETAPAS DO PROJETO

Ano		2024								2025					
Contexto de estágio		**UC: Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**			Interrupção letiva	**UC: Estágio em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica com Relatório**									
Datas		**1º Contexto de estágio** 13 Maio – 12 Julho				**2º Contexto de estágio** 16 Setembro – 25 Outubro		**3º Contexto de estágio** 28 Outubro - 6 Dezembro	**4º Contexto de estágio** 9 Dezembro - 31 Janeiro						
Etapas \ Mês		**Maio**	**Junho**	**Julho**	**Agosto**	**Setembro**	**Outubro**	**Novembro**	**Dezembro**	**Janeiro**	**Fevereiro**	**Março**	**Abril**	**Maio**	**Junho**
Diagnóstico de Situação															
Definição de Objetivos															
Planeamento das Atividades															
Execução															
Avaliação															
Divulgação de Resultados	Elaboração do Relatório Final														
	Discussão do Relatório														

APÊNDICE B

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

<table>
<tr><th colspan="4">Intervenções a desenvolver</th></tr>
<tr><th colspan="3">Unidades curriculares</th><th>UC: Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</th><th colspan="3">UC: Estágio em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica com Relatório</th></tr>
<tr><th colspan="3">Contextos de estágio</th><th>Cuidados de Saúde Primários
13 Maio – 12 Julho</th><th>Serviço de Internamento de Pediatria
16 Setembro – 25 Outubro</th><th>Serviço de Urgência Pediátrica
28 Outubro - 6 Dezembro</th><th>Serviço de Neonatologia
9 Dezembro - 31 Janeiro</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Competências</td><td colspan="2">Competências de Mestre</td><td colspan="4" rowspan="2">• Produção e divulgação de conhecimento científico, através da realização de um Protoloco de uma Scoping Review, sobre a temática da Ansiedade Parental e a Enurese Noturna
• Realização de uma reunião com o Enfermeiro Gestor e Orientadora na identificação das necessidades específicas do serviço, e da possibilidade da aplicabilidade do projeto de intervenção.
• Apresentação do projeto aos enfermeiros em serviço.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Competências Comuns de Enfermeiro Especialista</td><td>Responsabilidade profissional, ética e legal</td></tr>
<tr><td>Melhoria contínua da qualidade</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Gestão dos cuidados</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</td><td>Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</td><td rowspan="3">Realização de sessão de formação sobre a Gestão do Stress Parental à equipa de enfermagem, para fomentar o interesse sobre a temática;
Realização de um folheto informativo, a ser entregue aos pais nas consultas, sobre o stress parental, com estratégias para ajudar a gerir o mesmo.
Criação de vídeos em formato stop motion, com divulgação nas salas de espera, para sensibilizar sobre a temática do stress parental, durante o desenvolvimento infantojuvenil;
Promoção da aquisição de competências parentais na gestão do stress;
Criação de questionários de diagnóstico e avaliação da sessão.</td><td rowspan="3">Realização de sessões de formação sobre a Gestão do Stress Parental à equipa de enfermagem, para fomentar o interesse sobre a temática;
Elaboração de um póster informativo, com as estratégias para apoiar a gestão do stress parental;
Realização de um folheto informativo, a ser entregue aos pais na admissão ao serviço, sobre o stress parental e com estratégias para ajudar a minimizar o mesmo.
Criação de um vídeo informativo sobre o Stress Parental durante o internamento.</td><td rowspan="3">Elaboração um póster e um folheto de cariz informativo, sobre a principal causa de recorrência ao SUP;
Criação de uma aplicação para os pais, com acesso via Qrcode, sobre a temática da febre na idade pediátrica, consciencialização dos pais sobre a temática;</td><td rowspan="3">Realização de sessões de formação sobre a Gestão do Stress Parental à equipa de enfermagem, para fomentar o interesse sobre a temática;
Realização de cartaz ilustrado de cariz informativo com o intuito de reduzir o stress parental na UN/UCIN;
Implementação de uma dinâmica de grupo, na equipa de enfermagem, para sensibilizar como os stress parental afeta a equipa de enfermagem.</td></tr>
<tr><td>Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</td></tr>
<tr><td>Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem</td></tr>
</table>

UC: Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	UC: Estágio em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica com Relatório		
Cuidados de Saúde Primários 13 Maio – 12 Julho	**Serviço de Internamento de Pediatria** 16 Setembro – 25 Outubro	**Serviço de Urgência Pediátrica** 28 Outubro - 6 Dezembro	**Serviço de Neonatologia** 9 Dezembro - 31 Janeiro

- Produção e divulgação de conhecimento científico, através da realização de um Protoloco de uma *Scoping Review*, sobre a temática da Ansiedade Parental e a Enurese Noturna
- Realização de uma reunião com o Enfermeiro Gestor e Orientadora na identificação das necessidades específicas do serviço, e da possibilidade da aplicabilidade do projeto de intervenção.
- Apresentação do projeto aos enfermeiros em serviço.

Intervenções	Recursos	Intervenções	Recursos	Intervenções	Recursos	Intervenções	Recursos
Realização de sessão de formação sobre a Gestão do *Stress* Parental à equipa de enfermagem, para fomentar o interesse sobre a temática; Realização de um folheto informativo, a ser entregue aos pais nas consultas, sobre o *stress* parental, com estratégias para ajudar a gerir o mesmo. Criação de vídeos em formato *stop motion,* com divulgação nas salas de espera, para sensibilizar sobre a temática do *stress* parental, durante o desenvolvimento infantojuvenil; Promoção da aquisição de competências parentais na gestão do *stress*; Criação de questionários de diagnóstico e avaliação da sessão.	Base de dados eletrónicas e livros; Computador e internet; Questionário; Layout da instituição; Espaço físico.	Realização de sessões de formação sobre a Gestão do *Stress* Parental à equipa de enfermagem, para fomentar o interesse sobre a temática; Elaboração de um póster informativo, com as estratégias para apoiar a gestão do stress parental; Realização de um folheto informativo, a ser entregue aos pais na admissão ao serviço, sobre o *stress* parental e com estratégias para ajudar a minimizar o mesmo. Criação de um vídeo informativo sobre o Stress Parental durante o internamento.	Base de dados eletrónicas e livros; Computador e internet; Questionário; Layout da instituição; Espaço físico.	Elaboração um póster e um folheto de cariz informativo, sobre a principal causa de recorrência ao SUP; Criação de uma aplicação para os pais, com acesso via Qrcode, sobre a temática da febre na idade pediátrica, consciencialização dos pais sobre a temática;	Base de dados eletrónicas e livros; Computador e internet; Questionário; Layout da instituição;	Realização de sessões de formação sobre a Gestão do *Stress* Parental à equipa de enfermagem, para fomentar o interesse sobre a temática; Realização de cartaz ilustrado de cariz informativo com o intuito de reduzir o stress parental na UN/UCIN; Implementação de uma dinâmica de grupo, na equipa de enfermagem, para sensibilizar como os *stress* parental afeta a equipa de enfermagem.	Base de dados eletrónicas e livros; Computador e internet; Questionário; Layout da instituição; Espaço físico.

Apêndice C

Sessão de Formação "*Stress* na Parentalidade – Durante o Desenvolvimento Infantil"

8ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Stress na Parentalidade

Durante o Desenvolvimento Infantil

Projeto de Intervenção: "Intervenção do EEESIP na Gestão do *Stress* Parental"

Discente: Beatriz Pedrosa n.º 16081

Enfermeira Orientadora: EEESIP [redacted]

Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

07 Junho de 2024

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO



QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO

Título: Stress na Parentalidade - Durante o Desenvolvimento Infantil

Data: **dd/mm/aaaa**

Formador: Mestranda Beatriz Pedrosa

O presente questionário foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do VIII Mestrado em Associação, da Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Destina-se aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, da Unidade Local de Saúde [USF] [redacted] após a sessão de formação intitulada de "*Stress na Parentalidade - Durante o Desenvolvimento Infantil*".

A aplicação deste questionário tem como finalidade avaliar, o conhecimento sobre a temática do *stress* parental e de como é que esta influência o desenvolvimento infantil. O questionário é composto por cinco questões, onde é pretendido que assinale numa escala de 1 a 5, na qual 1 indica que discorda totalmente e, 5 indica que concorda totalmente.

A participação é voluntária e a não participação e/ou desistência não lhe trará qualquer prejuízo, podendo desistir de participar, não submetendo o questionário. O tempo de resposta é, aproximadamente, de cinco minutos.

As respostas são anónimas e a informação recolhida será tratada de forma agregada, para fins académicos. Ao responder ao questionário, consente a participação de forma livre e esclarecida e autoriza a utilização dos dados obtidos, no âmbito referido anteriormente.

Muito obrigada.



Caracterização dos profissionais:

- ☐ Enfermeiro (a)
- ☐ Médico (a)

Se assinou "Enfermeiro(a)" na questão anterior, indique as suas habilitações literárias.

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Especialização:
  - ☐ Saúde Comunitária
  - ☐ Saúde Materna e Obstetrícia
  - ☐ Saúde Infantil e Juvenil
  - ☐ Saúde Familiar
  - ☐ Psiquiatria
  - ☐ Reabilitação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Assinale com uma cruz na opção selecionada:

Legenda[1]:

1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indeciso ; 3 – Concordo; 4 – Concordo Totalmente

Questões	Avaliação				
	1	2	3	4	5
1. A parentalidade é um processo evolutivo, com diversas alterações e adaptações?					
2. O *stress* é uma condição natural e considerado favorável?					
3. O *stress* parental afeta negativamente o desenvolvimento infantil?					

[1] Escala de Liker adaptada de: Mazurek, J., Pérez Rico, C., Fernández García, C., Magnot, J.-P., & Magnot, T. (2021). 5-Item Likert Scale and Percentage Scale Correspondence with Implications for the Use of Models with (Fuzzy) Linguistic Variables. *Revista de Métodos Cuantitativos Para La Economía y La Empresa*, *31*, 3–16. https://doi.org/10.46661/revmetodoscuanteconempresa.4010

4. Existem outros fatores que influenciam o *stress* parental? Quais os fatores?

5. Considera as estratégias de *coping* relevantes para a gestão do *Stress* Parental? Porquê?

Grata pela sua colaboração.

Apêndice E

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Título: Stress na Parentalidade - Durante o Desenvolvimento Infantil
Data: **dd/mm/aaaa**
Formador: Mestranda Beatriz Pedrosa

O presente questionário foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do VIII Mestrado em Associação, da Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Destina-se aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, da Unidade Local de Saúde [USF] [redacted] após a sessão de formação intitulada de "*Stress na Parentalidade - Durante o Desenvolvimento Infantil*".

A aplicação deste questionário tem como finalidade avaliar, numa primeira parte, os conhecimentos adquiridos, sobre a importância da gestão do *stress* parental e a capacitação dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na gestão do mesmo, nas diversas fases do desenvolvimento infantil. O questionário é composto por cinco questões, onde é pretendido que assinale numa escala de 1 a 5, na qual 1 indica que discorda totalmente e, 5 indica que concorda totalmente.

Na segunda parte, pretende-se avaliar a sessão de formação realizada.

A participação é voluntária e a não participação e/ou desistência não lhe trará qualquer prejuízo, podendo desistir de participar, não submetendo o questionário. O tempo de resposta é, aproximadamente, de cinco minutos.

As respostas são anónimas e a informação recolhida será tratada de forma agregada, para fins académicos. Ao responder ao questionário, consente a participação de forma livre e esclarecida e autoriza a utilização dos dados obtidos, no âmbito referido anteriormente.

Muito obrigada.



1. Assinale com uma cruz na opção selecionada:

Legenda[2]:

1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indeciso ; 3 – Concordo; 4 – Concordo Totalmente

Questões	Avaliação				
	1	2	3	4	5
1. A parentalidade é um processo evolutivo, com diversas alterações e adaptações?					
2. O *stress* é uma condição natural e considerado favorável?					
3. O *stress* parental afeta negativamente o desenvolvimento infantil?					

4. Existem outros fatores que influenciam o *stress* parental? Quais os fatores?

5. Considera as estratégias de *coping* relevantes para a gestão do *Stress* Parental? Porquê?

[2] Escala de Liker adaptada de: Mazurek, J., Pérez Rico, C., Fernández García, C., Magnot, J.-P., & Magnot, T. (2021). 5-Item Likert Scale and Percentage Scale Correspondence with Implications for the Use of Models with (Fuzzy) Linguistic Variables. *Revista de Métodos Cuantitativos Para La Economía y La Empresa*, *31*, 3–16. https://doi.org/10.46661/revmetodoscuanteconempresa.4010

2. Relativo à avaliação da sessão de formação, por favor assinale com uma cruz, a opção escolhida.

Questões	Avaliação				
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente
1. Considera a temática apresentada pertinente?					
2. Como classifica a qualidade dos conteúdos apresentados?					
3. Como classifica a transmissão dos conteúdos? Foi utilizada uma linguagem clara e científica?					
4. Como classifica a metodologia utilizada para a sessão de formação?					
5. Considera que os conteúdos transmitidos são importantes para a sua prática?					

Sugestões de melhoria:

Grata pela sua colaboração.

APÊNDICE F

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Plano de Sessão			
Destinatários: Equipa multidisciplinar da [redacted]			
Formador: Beatriz Pedrosa - Aluna do VIII Mestrado em Associação de Enfermagem da Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica			
Local: Espaço físico na USF	**Data:** 07/06/2024	**Hora:** 14:00	**Duração:** 45 minutos

Objetivos

Geral: Fomentar o interesse sobre a temática da Gestão do *Stress* Parental.

Específicos:

- Sensibilizar os enfermeiros sobre a importância da gestão do *stress* parental no desenvolvimento infantil;
- Transmitir conhecimentos sobre como é que as várias fases de desenvolvimento afetam o *stress* parental
- Capacitar os enfermeiros, para a gestão do *stress* parental, nas diversas fases do desenvolvimento infantil.

Etapas	Conteúdos	Metodologia	Recursos de apresentação	Tempo
Introdução	Apresentação da temática Objetivos Parentalidade	Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint	5 minutos
	Avaliação Pré-Apresentação	Método Interrogativo	Questionário	5 minutos
Desenvolvimento	Stress & Stress Parental Gestão do Stress Parental: - Estratégias de coping - Fases de desenvolvimento	Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint	10 minutos
Considerações Finais		Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint	3 minutos
Discussão	Partilha de opiniões sobre o conteúdo Avaliação da sessão	Método Expositivo e Interrogativo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint Questionário	10 minutos 5 minutos
Referências bibliográficas		Método Expositivo		2 minuto

APÊNDICE G

FOLHETO "*STRESS* NA PARENTALIDADE – GUIA INFORMATIVO"

O primeiro passo para ultrapassar o stress é compreender o que o causa!

Tente perceber se é um problema ou se são as suas emoções que o deixam stressado.

Foque-se nas suas emoções:

- O que pode fazer para se sentir apoiado nas suas necessidades emocionais?
- Instruir e apoiar a regulação emocional;
- Expresse os seus sentimentos
  - Escreva num diário.
  - Fale com pessoas da sua confiança.

Foque-se no problema:

- Procure e eduque-se, sobre o problema. Fale com os profissionais de saúde, para que possa ter acesso a uma informação fidedigna.
- Crie várias soluções para resolução do problema.
- Procure ajuda para resolver o problema.

Se não estiver a conseguir lidar com o stress informe a sua equipa de saúde. Juntos encontrarão uma solução!

Veja mais em:

Bibliografia:

IPCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Discente: Beatriz Pedrosa [redacted]
Supervisora clínica: [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

Stress na Parentalidade

Guia Informativo

O que é o Stress Parental?

Reação adversa resultante de situações mais exigentes, que os pais não conseguem dar resposta ou que excede as suas capacidades e expectativas.

A parentalidade é um processo complicado, porém é considerada a tarefa mais recompensadora da vida adulta!

Na vida diária de uma família existem situações positivas e negativas. Algumas geram a alegria e satisfação, outras, pelo contrário, poderão desencadear dúvidas e *stress*.

Durante o desenvolvimento infantil, os pais são confrontados com diversas situações stressantes



A parentalidade encontra-se sujeita, a constantes alterações e adaptações.

O stress é uma condição natural, considerado favorável, uma vez nos motiva a agir, ajudando-nos a solucionar diversos problemas.

No entanto, quando experênciado de forma intensa e prolongada, pode ter implicações!



O que afeta o Stress Parental?

PAIS

- Disfuncionalidade da parentalidade
- Aumenta o risco de depressão
- Ansiedade de separação

PAIS E CRIANÇA

- Implicações na comunicação e interação
- Vinculação mais pobre

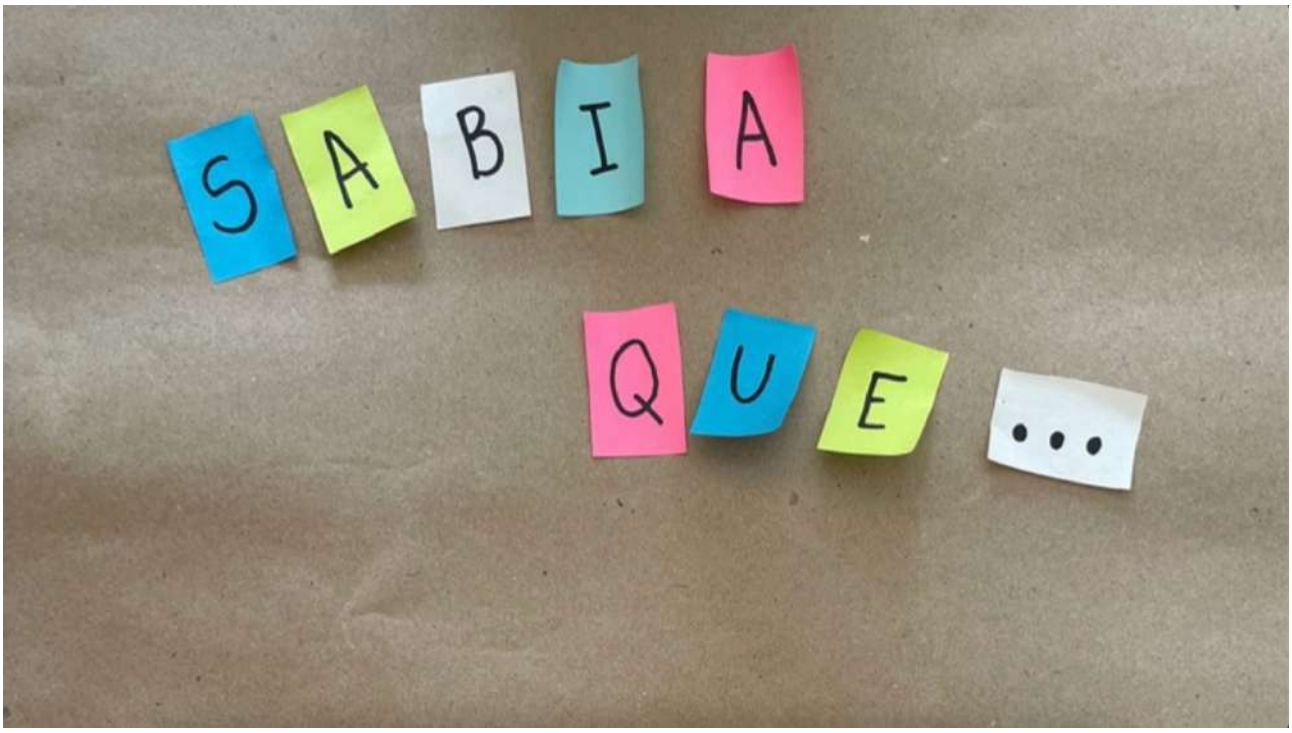
CRIANÇA

- Problemas emocionais e comportamentais a longo prazo

FATOR DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO E BEM-ESTAR INFANTIL

Apêndice H

Vídeo Stop Motion


SABIA
QUE...

Apêndice I

Pedido de Transmissão do Vídeo Stop Motion

Exmo (a) Sr. (a),

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica integrada no 2º Semestre, do 1º ano, do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Politécnico de Beja, foi elaborado pela mestranda Beatriz Vicente Pedrosa, a realizar estágio na Unidade de Saúde Familiar [USF] [redacted], um vídeo de cariz informativo sobre a temática do *Stress* Parental[3]

A elaboração deste vídeo surge no âmbito do desenvolvimento do projeto de intervenção "Intervenção do EEESIP na Gestão do *Stress* Parental". O mesmo foi realizado por mim, com a supervisão da docente orientadora Professora Doutora Maria Eduarda Correia.

O desenvolvimento do projeto de intervenção assenta na Metodologia de Projeto, sendo que esta se encontra alicerçada na "(...) investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.", com o desígnio de criar uma ligação entre a teoria e a prática, a fim de se obter "(...) uma prática fundamentada e baseada em evidência." (Ruivo et al., 2010, p. 2).

Como parte integrante da Metodologia de Projeto, a realização e divulgação do vídeo informativo, pretende ser uma intervenção para dar resposta à quarta etapa da Metodologia de Projeto, a execução, na qual é posta em prática todas as atividades, que foram planeadas na etapa anterior, a terceira etapa, o planeamento, na qual são definidas as intervenções ou atividades a desenvolver (Ruivo et. al, 2010, p. 20).

Segundo Ruivo et al. (2010), a etapa da execução, é considerada aquela que dá mais trabalho, pois é necessário a executar e pôr em prática, para a resolução dos problemas, no entanto é também a "(...) mais proveitosa "(p. 24).

Através da elaboração deste vídeo pretende-se que o mesmo seja transmitido nos televisores da sala de espera, direcionado aos pais/cuidadores de crianças pertencentes à unidade de cuidados de saúde primários, com o intuito de sensibilizar os mesmos para a questão da implicância

Desta forma, venho por este meio, a solicitar a autorização das Vossas Excelências, para a divulgação do vídeo nos televisores da sala de espera da USF [redacted]

Sem qualquer outro assunto.

Discente: _____

Supervisora clínica: [redacted]

Docente Orientadora: _____

Assinado por: Maria Eduarda Fortes Correia
Num. de Identificação: 10277209
Data: 2024.06.02

Beja, 02 de Junho de 2024.

[3] Link Público de Visualização https://www.canva.com/design/DAGGgrVZXVE/DJO9aTPEVH0H7zl9Gj-t3g/watch?utm_content=DAGGgrVZXVE&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=ed

Referências: Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos* , 1–38. http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf

Apêndice J

Estudo de Caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

ESTUDO DE CASO

Docente Orientadora:
Professora Doutora Maria Eduarda Correia

Discentes:
Beatriz Pedrosa nº16081

Julho

2024

APÊNDICE K

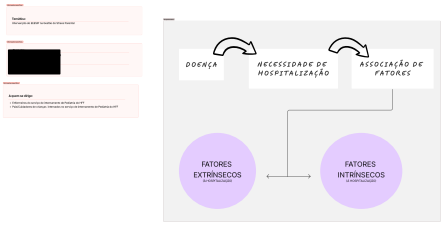
SESSÃO DE FORMAÇÃO "*STRESS* NA PARENTALIDADE" (SUPORTE FÍSICO)


Intervenção do EEESIP na Gestão do Stress Parental
(PROJETO DE INTERVENÇÃO)
PROJETO DE INTERVENÇÃO
ENGAJAMENTO
ANSIEDADE
MEDO
REVOLTA
CULPA
TRISTEZA
ENFERMEIRO
PAIS
CCF
CRIANÇA
INTERVENÇÕES
BINÓMIO
Criança e Pai/Cuidadores em situação de
- Doença aguda
- Doença crónica
- Paliativa
- Hospitalização Domiciliária
INTERVENÇÕES PLANEADAS
VS
NECESSIDADES REAIS DO CONTEXTO DE ESTÁGIO
Necessidade de adaptação
OBJETIVOS
"GERAL"
"ESPECÍFICOS"
STRESS NA PARENTALIDADE
COMO PODE LIDAR COM O STRESS?
IDENTIFIQUE A CAUSA DO STRESS
Stress
FOLHETO
Stress na Parentalidade
PORTUGUÊS
INGLÊS
CRIOULO
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

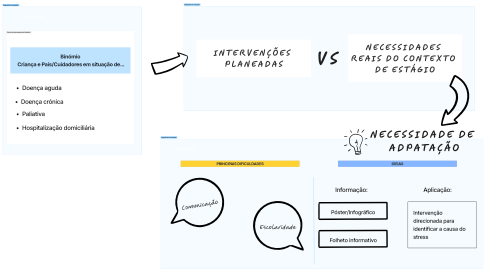
APÊNDICE L

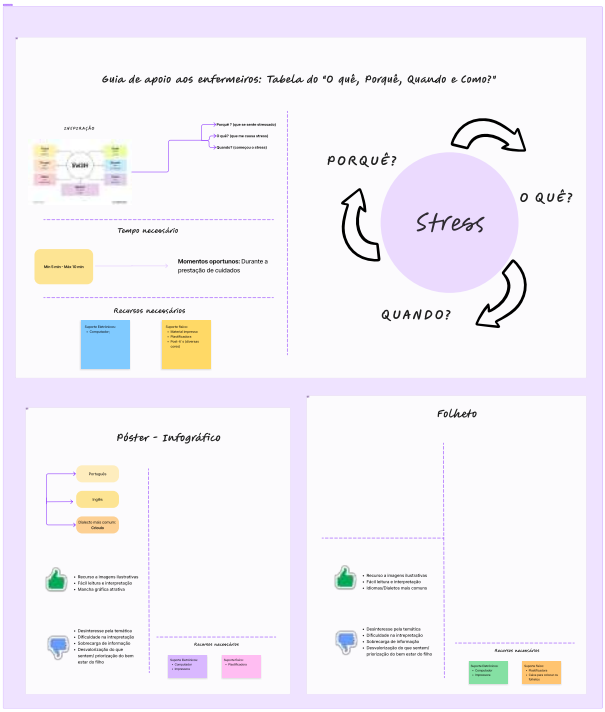
SESSÃO DE FORMAÇÃO "*STRESS* NA PARENTALIDADE" (SUPORTE INFORMÁTICO)

Projeto de Intervenção









Objetivos da implementação do projeto

Geral

- Promover a capacidade, dos pais/cuidadores, na gestão do stress parental, em situação de doença aguda.

Específicos

"Capacitar para capacitar":

- Sensibilização dos Enfermeiros do serviço de Pediatria sobre a importância da temática;
- Capacitar os enfermeiros, na gestão do stress parental, de pais/cuidadores com crianças em situação de doença aguda
- Transmitir conhecimentos e capacitar pais/cuidadores na gestão do stress durante a transição saúde/doença aguda, em todas as etapas do desenvolvimento infantil;

Referências Bibliográficas

- Ambiz, C., Rodrigues, H., Sousa, F., Arez, E., & Pereira, A. (2016). Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología., (1), 171-177. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.729
- Azevedo, A. V. dos S., Lamuyr Júnior, E. C., & Chaquil, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 22(11), 3653–3666. https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26382015
- Bastos, M. (2015). Stress parental em pais de crianças com doença crónica.
- Coyle, A. M., Joyce-Moore, G. M., Sinkey, C. C., Kimberg, F. H. (n.d.). & Mota, R. S. M. (2015). Sentimentos gerados na família pela internação hospitalar de crianças. Journal of Nursing and Health, 4(1). https://doi.org/10.15210/jonah.v4i1.4410
- Duspiva, S. K., Hill, D., Pidatalavoya, D., Worsley, D., Bee, H., Shaik, A., Qia, M. K., Menser, M., & Heydtmr, C. (2011). Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalization: A Meta-Analysis. Pediatrics, 128(5).
- Flores Oliveira, M. F., & Ramos Cavaleiro, E. J. (2013). Stress parental e percepção real sobre competências de enfermeiros neonatologia. Psicosomatia Amarillo, 18(12). https://doi.org/10.1363/psicosomatia/18.12.125
- Hales, H., Rutherst, A., Ashcroft-Kydd, P., & Sussmuth, T. (2018). Parents' experiences of family functioning, health and social support provided by nurses – A pilot study in paediatric intensive care. Intensive and Critical Care Nursing, 21(1), 29–37. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.07.001
- Hodgkins, S. R., Wehrle, G., & Friesen, L. G. (2008). Child and Family Outcomes and Experiences Abstract for Family-Centered Care Interventions for Hospitalized Pediatric Patients: A Systematic Review. Children, 1(1), 3–43. https://doi.org/10.3390/children1010003
- International Council of Nurses. (2009). Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2009%20ICNP%20Portuguese%20Publication_0.pdf
- Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. PLOS Medicine, 18(5), e1003602. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602
- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, Zoyon Rachmaninoff, R., Wolf, Y. S., & Del Hurcha, I. (2010). Reducing acute stress disorders in mothers of hesterick children by means of the Family Centered Empowerment module (FACE). Central European Journal of Nursing and Midwifery, 1(02), 1035–1040. https://doi.org/10.15452/CEJNM.2010.01.0001
- Merin, T., & McGillivan, P. E. (2010). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers Gill, L. Wong' sNursing Care of Infants and Children (9 ed., pp. 459–497). Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Caderno CIE, 8(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9888/gbp_parentalidadehospitalizacao_v7.pdf
- UCSF Benioff Children's Hospital Oakland Trauma Services. (2018). Tips for Parents Coming and after Hospitalization.

APÊNDICE M

FOLHETO "*STRESS* NA PARENTALIDADE – DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO"

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ESTÃO PRESENTES PARA AJUDAR A SUA CRIANÇA, MAS PARA O AJUDAR A SI TAMBÉM !

SE SENTE QUE NÃO CONSEGUE LIDAR COM O STRESS, SE NÃO EXISTE NINGUÉM QUE O CONSIGA APOIAR, PROCURE AJUDA COM A EQUIPA.

É IMPORTANTE TAMBÉM CUIDAR DE SI!

Referências Bibliográficas:

Guia Informativo - Português

[redacted]

8ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Beatriz Pedrosa nº 16081
Orientadora clínica: EEESIP [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

Stress na Parentalidade

Durante a hospitalização

A HOSPITALIZAÇÃO DE UM FILHO É, MUITAS VEZES, UM EVENTO INESPERADO. A PREOCUPAÇÃO É UMA REAÇÃO NORMAL E NATURAL, UMA VEZ QUE ESTA EXPERIÊNCIA É INTENSA, DIFÍCIL E DESGASTANTE!

Existem diversos sentimentos que surgem, com os quais não conseguimos lidar, causando-nos imenso **stress!**

Ao ficar stressado encontra-se inevitavelmente menos disponível para participar nos cuidados à sua criança, o que a afeta diretamente.



COMO POSSO LIDAR COM O STRESS?



COMPREENDA O QUE REALMENTE SENTE

Ao identificar o que lhe causa stress, conseguirá perceber onde deve atuar e qual a melhor solução para ajudar a reduzi-lo.

EXPRESSE OS SEUS SENTIMENTOS

O que sente pode ser demasiado para conseguir lidar sozinho!

Fale com a sua família e/ou amigos sobre a situação que está a ultrapassar.
Por vezes, escrever o que lhe causa stress ajuda a compreender mais rapidamente como resolvê-lo.





TIRE TEMPO PARA CUIDAR DE SI

Encontre diversas formas que o permitam relaxar.
Tente apanhar um pouco de ar, respire fundo ou faça algo que lhe dê prazer.

IDENTIFIQUE A CAUSA DO STRESS

Use estas questões simples, para conseguir compreender a origem do seu stress.



O QUE é que me causa stress?

QUANDO é que começou o stress?

PORQUE é que me sinto stressado?

Lembre-se!

Durante o internamento do seu filho(a) vão existir situações que não poderá controlar e que lhe vão provocar stress. A forma como o gere é que fará a diferença!

APÊNDICE N

CARTAZ "*STRESS* NA PARENTALIDADE (INFOGRÁFICO)"

STRESS NA PARENTALIDADE (INFOGRÁFICO)

A hospitalização de um filho é, muitas vezes, um evento inesperado. A preocupação é uma reação normal e natural, uma vez que esta experiência é intensa, difícil e desgastante!

COMO PODE LIDAR COM O STRESS?



COMPREENDA O QUE REALMENTE SENTE

Ao identificar o que lhe causa stress, conseguirá perceber onde deve atuar e qual a melhor solução para ajudar a reduzi-lo.

EXPRESSE OS SEUS SENTIMENTOS

O que sente pode ser demasiado para conseguir lidar sozinho!

Fale com a sua família e/ou amigos sobre a situação que está a ultrapassar.
Por vezes, escrever o que lhe causa stress ajuda a compreender mais rapidamente como resolvê-lo.





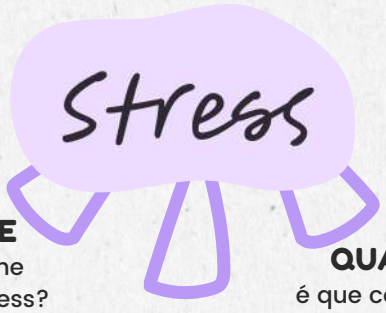
TIRE TEMPO PARA CUIDAR DE SI

Encontre diversas formas que o permitam relaxar.
Tente apanhar um pouco de ar, respire fundo ou faça algo que lhe dê prazer.

IDENTIFIQUE A CAUSA DO STRESS

Lembre-se!

Durante o internamento do seu filho(a) vão existir situações que não poderá controlar e que lhe vão provocar stress. A forma como o gere é que fará a diferença!



O QUE é que me causa stress?

PORQUE é que me sinto stressado?

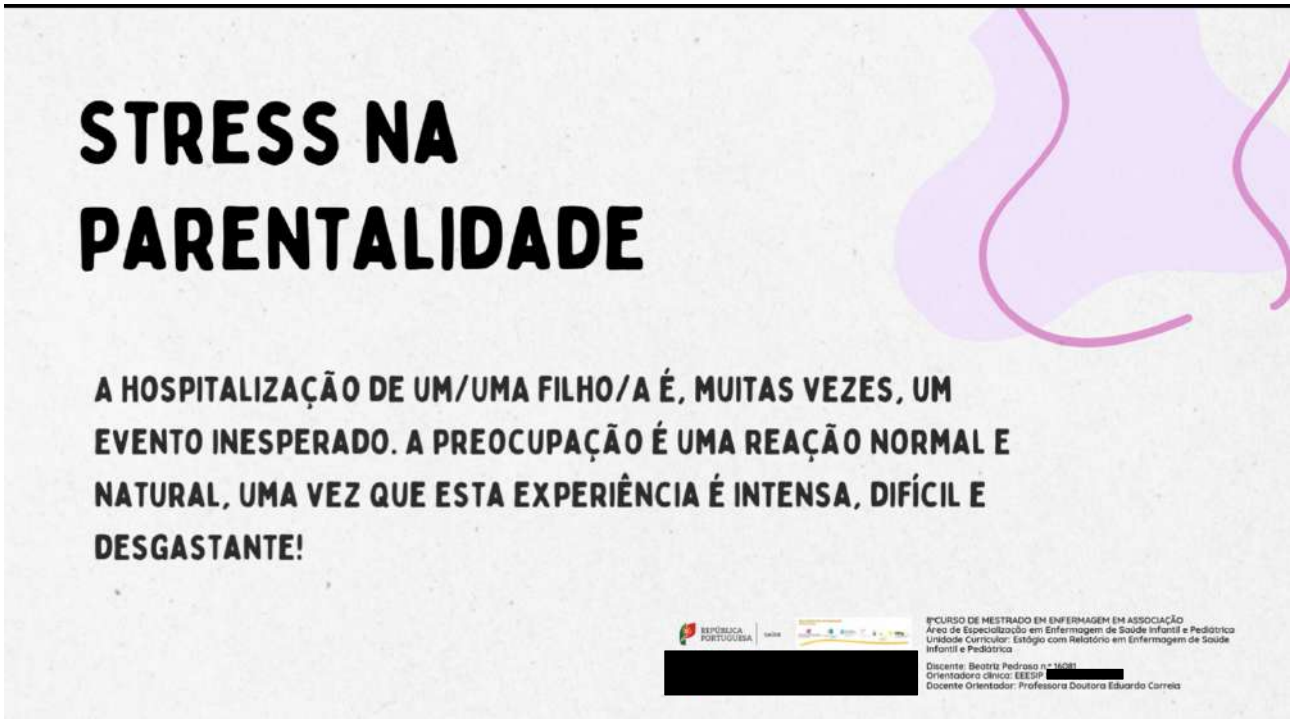
QUANDO é que começou o stress?

VIII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Discente: Beatriz Pedrosa n.º 16081
Enfermeira Orientadora: EEESIP [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

Referências Bibliográficas:

APÊNDICE O

VÍDEO "*STRESS* NA PARENTALIDADE"


STRESS NA PARENTALIDADE
A HOSPITALIZAÇÃO DE UM/UMA FILHO/A É, MUITAS VEZES, UM EVENTO INESPERADO. A PREOCUPAÇÃO É UMA REAÇÃO NORMAL E NATURAL, UMA VEZ QUE ESTA EXPERIÊNCIA É INTENSA, DIFÍCIL E DESGASTANTE!
REPÚBLICA PORTUGUESA
[redacted]
IIºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Discente: Beatriz Pedrosa nº 16081
Orientadora clínica: EEESIP [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

APÊNDICE P

FOLHETO "A FEBRE EM IDADE PEDIÁTRICA"

A FEBRE EM IDADE PEDIÁTRICA

Para a avaliação da temperatura ser correta é necessário que siga alguns passos:

- Colocar o termómetro digital desligado na axila;
- Manter o braço sempre firmemente encostado ao tronco durante cinco minutos;
- Só após esses cinco minutos é que o termómetro deve ser ligado;
- Esperar pelo apito para retirar o termómetro da axila e verificar o valor indicado.

De realçar que durante a avaliação da temperatura deve ser utilizado um equipamento apropriado, que cumpra as indicações de utilização dos fabricantes.



[redacted]

8ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Beatriz Pedrosa nº 16081
Orientadora clínica: EEESIP [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

Referências Bibliográficas:

A FEBRE EM IDADE PEDIÁTRICA

SABIA QUE,

Em idade pediátrica, a febre, sem qualquer outra sintomatologia associada, é a razão mais frequente para a procura por cuidados de saúde, correspondendo a cerca de **50%** das admissões dos serviços de urgência pediátrica.

A febre acarreta uma conotação negativa, sendo interpretada, por quem cuida de crianças, como um sinal de risco e gravidade de doença

ISTO RESULTA,

Em sentimentos de preocupação, medo, ansiedade e stress, assim como, um aumento pela procura por assistência em saúde, muitas vezes, desnecessariamente.

NOTA:

O conhecimento correto sobre a febre é a chave para um tratamento eficaz dentro e fora do hospital.

A FEBRE EM IDADE PEDIÁTRICA

A FEBRE É

Considerada um **sinal** e não uma doença e surge como um mecanismo de defesa natural e adaptativa do organismo, a variados tipos de agressão, habitualmente, agentes infecciosos.

Considera-se que uma criança tem febre quando existe uma temperatura igual ou superior aos seguintes valores, de acordo com a via de avaliação:

- Axilar: > 37,4ºC
- Oral: > 37,6ºC0
- Retal: > 38,0ºC
- Timpânica: > 37,6ºC

Importa referir que, muitas das vezes, estas avaliações têm falsos negativos e alguns falsos positivos.

A avaliação da temperatura deve ser efetuada, preferencialmente, por via retal. Esta via fornece-nos a temperatura mais semelhante à temperatura central do corpo.

No entanto, as outras vias de avaliação da temperatura (axilar e timpânica) não estão incorretas, sendo a axilar a mais utilizada.

A FEBRE EM IDADE PEDIÁTRICA

Os pais/cuidadores são os mais experientes nas suas crianças, pelo que a sua opinião quanto à sua criança deve ser sempre valorizada. Porém, existem alguns sinais de alarme a valorizar na criança com febre. Estes sinais são:

- Febre em lactente com idade inferior a 3 meses;
- Febre com mais de 3 a 4 dias de evolução, sem sinais de melhoria e que não cede a medicação;
- Temperatura corporal superior a 40ºC;
- Presença de manchas no corpo, que não desaparecem quando pressionadas;
- Criança pálida;
- Presença de convulsões, dificuldade respiratória, vómitos que não param ou desidratação;
- Criança mais sonolenta, parada, sem querer brincar;
- Febre em criança com doença crónica.

Apêndice Q

Cartaz "A Febre em Idade Pediátrica"

SABIA QUE,

A FEBRE NA CRIANÇA É...

O motivo mais frequente na procura dos cuidados de saúde.

Representa cerca de 50%, na ida ao serviço de urgência hospitalar.

É um sinal e não uma doença.

Surge como um mecanismo de defesa, a variados tipos de agressões, habitualmente devido a agentes infecciosos.

Considera-se febre a partir do valor de temperatura, medido com um termómetro:

- Retal ≥ 38ºC
- Axilar ≥ 37,6ºC
- Timpânica ≥ 37,8ºC
- Oral ≥ 37,6ºC.

Referências Bibliográficas:

8ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Beatriz Pedrosa nº 16081
Orientadora clínica: [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

A FEBRE NA CRIANÇA...

SINAIS DE ALARME

Febre em lactente com idade inferior a 3 meses

Febre com mais de 3 a 4 dias de evolução, sem sinais de melhoria e que não cede a medicação

---

Presença de manchas no corpo, que não desaparecem quando pressionadas

---

Temperatura corporal superior a 40ºC;

Criança pálida

Presença de convulsões, dificuldade respiratória, vómitos que não param ou desidratação

---

Criança mais sonolenta, parada, sem querer brincar

Febre em criança com doença crónica



O conhecimento correto sobre a febre é a chave para um tratamento eficaz dentro e fora do hospital. Minimizando o stress parental e consequentemente a necessidade de recorrer, de forma desnecessária ao serviço de urgência pediátrica.

Referências Bibliográficas:



REPÚBLICA PORTUGUESA | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[redacted]

IIºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Beatriz P[redacted]
Orientadora clínica: [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

Apêndice R

Protótipo da Aplicação

Afixado num local visível



Scan do QrCode



Apêndice S

Aplicação

A FEBRE EM IDADE PEDIÁTRICA

PACOTE INFORMATIVO



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discente: Beatriz Pedroso A.º 16081
Orientadora clínica: [redacted]
Docente Orientador: [redacted] Eduardo
Correio

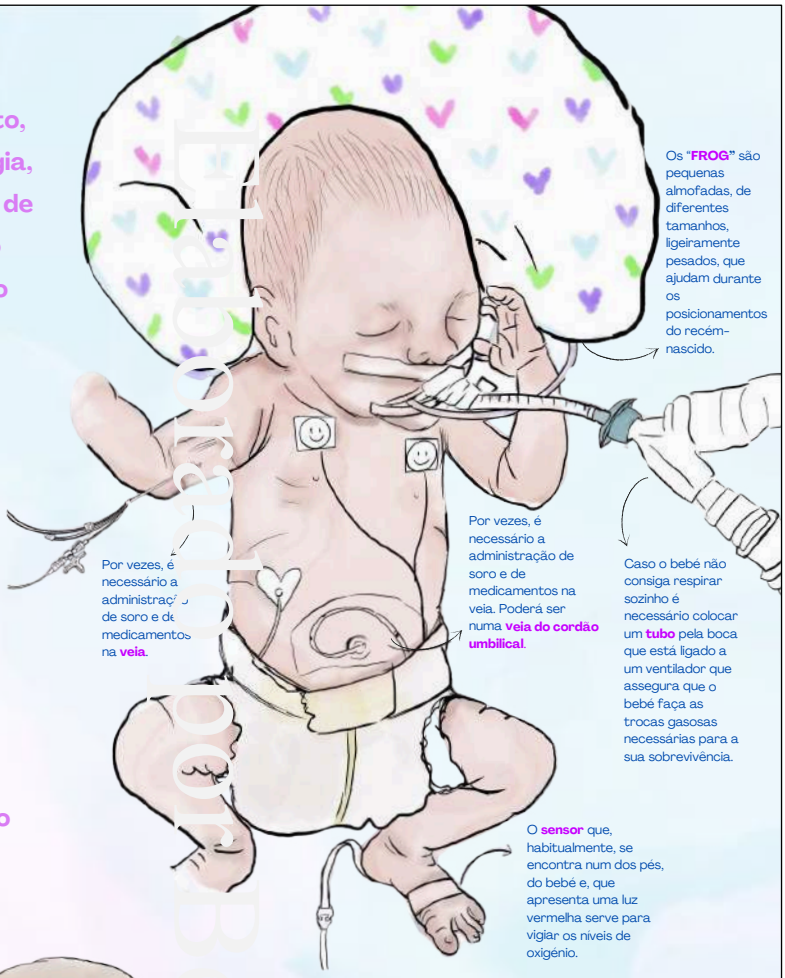
Apêndice T

Cartaz Informativo

Durante o internamento, na Unidade de Neonatologia, o bebé poderá necessitar de alguns dispositivos para o auxiliarem na manutenção das suas funções vitais, nesta fase da sua vida.

Olhar e ver o seu bebé com cabos, fios, tubos e máquinas a apitar e a piscar a toda a hora é mais um motivo para se sentir stressado!

Observe as ilustrações e perceba o que poderá, ou não, encontrar no seu recém-nascido. Sempre que tiver dúvidas sobre algum dos dispositivos não hesite em questionar a equipa de enfermagem.



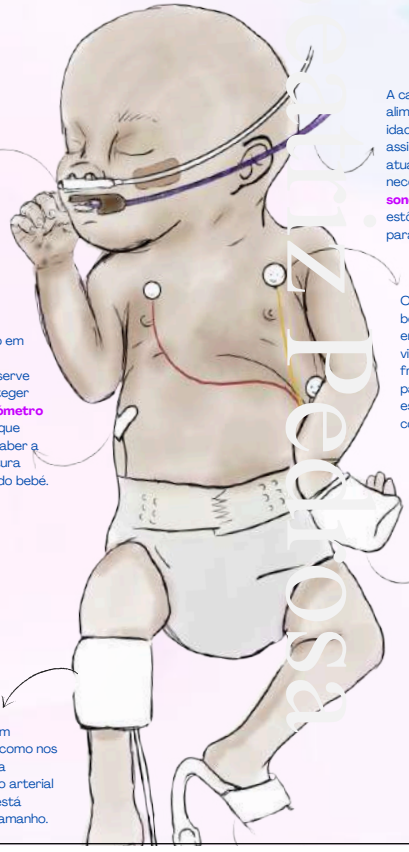
Os "**FROG**" são pequenas almofadas, de diferentes tamanhos, ligeiramente pesados, que ajudam durante os posicionamentos do recém-nascido.

Por vezes, é necessário a administração de soro e de medicamentos na **veia**.

Por vezes, é necessário a administração de soro e de medicamentos na veia. Poderá ser numa **veia do cordão umbilical**.

Caso o bebé não consiga respirar sozinho é necessário colocar um **tubo** pela boca que está ligado a um ventilador que assegura que o bebé faça as trocas gasosas necessárias para a sua sobrevivência.

O **sensor** que, habitualmente, se encontra num dos pés, do bebé e, que apresenta uma luz vermelha serve para vigiar os níveis de oxigénio.



O seu bebé poderá necessitar de uma ajuda para respirar, apesar de o fazer sozinho. A **cânula nasal** é o dispositivo mais simples que permite a administração de oxigénio.

A capacidade para mamar ou se alimentar por biberão varia consoante a idade gestacional do bebé ao nascer, assim como, com a sua situação clínica atual. Por este motivo pode ser necessário colocar um tubo, chamado **sonda** e que vai diretamente ao estômago, até que o bebé esteja pronto para comer sozinho.

O adesivo em forma de coração serve para proteger um **termómetro cutâneo** que permite saber a temperatura corporal do bebé.

Os **cabos** presentes no peito e barriga do bebé, com diferentes cores e, que se encontram ligados a um monitor, permitem vigiar os batimentos do coração e a frequência respiratória. Sempre que algum parâmetro não estiver bem ou se o bebé se estiver a mexer e provocar algum mau contacto vão apitar!

Por vezes, é necessário a administração de soro e de medicamentos na veia. Para que isso seja possível é necessário colocar um **cateter** numa veia do bebé.

A "**braçadeira**" é um dispositivo que, tal como nos adultos, possibilita a avaliação da tensão arterial do bebé, mas que está adequada ao seu tamanho.

[redacted]

8ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Discente: Beatriz Pedrosa n.º 16081
Orientadora clínica: EEESIP M[redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

Referências Bibliográficas:

Trabalho de Beatriz Pedrosa

APÊNDICE U

PLANO DE SESSÃO "GESTÃO DO STRESS PARENTAL -NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA"

Plano de Sessão

Destinatários: Equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia d[redacted]

Formador: Beatriz Pedrosa - Aluna do VIII Mestrado em Associação de Enfermagem da Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Local: Unidade de Neonatologia	**Data:** 21/01/2025	**Hora:** 14H– 15H	**Duração: 60** minutos

Objetivos

Geral: Sensibilizar os enfermeiros sobre o stress parental na neonatologia

Específicos:

- Evidenciar as consequências do stress para os pais e recém-nascido
- Capacitar os enfermeiros para a gestão do stress parental
- Elucidar o impacto do stress parental nos enfermeiros

Etapas	Conteúdos	Metodologia	Recursos de apresentação	Tempo
Introdução	Apresentação da temática	Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint	5 minutos
	Dinâmica de grupo	Método Expositivo	Papel plastificado Moeda	5 minutos
	Objetivos	Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint	5 minutos
Desenvolvimento	Stress Parental	Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint	30 minutos
	Fontes promotoas de stress na Neonatologia			
	Consequências do stress parental			
	Vivências do stress parental			
	Intervenções para a gestão do stress parental			
	E os enfermeiros?			
Considerações Finais	Conclusão da temática	Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint Cartaz	10 minutos
	Avaliação da sessão			
	Apresentação e explicação do cartaz	Método Expositivo		
Referências bibliográficas		Método Expositivo	Computador Projetor Apresentação em formato powerpoint	2 minutos

APÊNDICE V

SESSÃO DE FORMAÇÃO "GESTÃO DO *STRESS* PARENTAL -NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA"



[redacted]

8ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

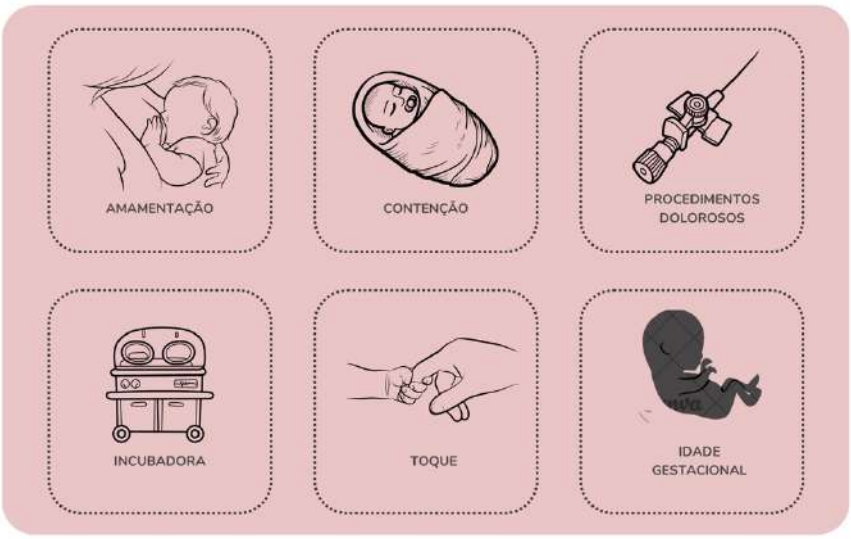
GESTÃO DO STRESS PARENTAL

Na Unidade de Neonatologia

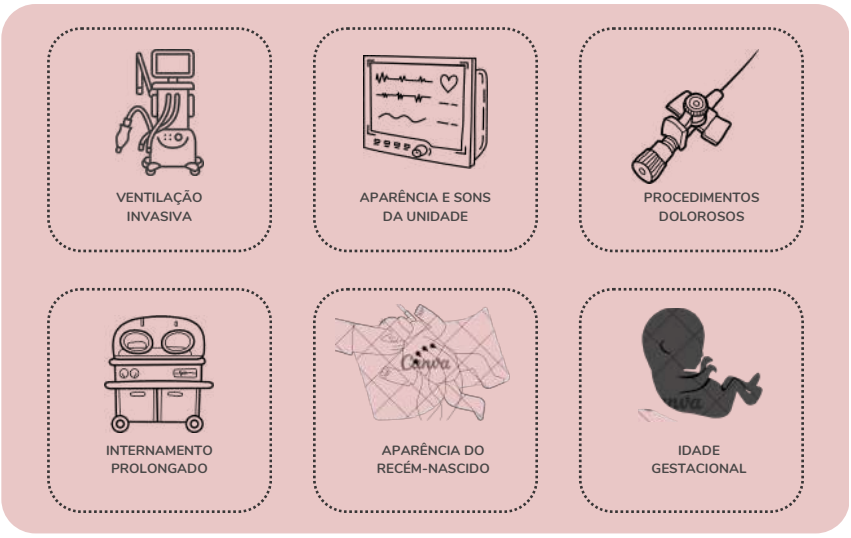
Discente: Beatriz Pedrosa n.º 16081
Orientadora clinica: EEESIP [redacted]
Docente Orientador: Professora Doutora Eduarda Correia

Apêndice X

Dinâmica de Grupo



Raspe a área do jogo. Ganha, se encontrar todos os símbolos que correspondem a fatores promotores de stress parental.



Raspe a área do jogo. Ganha, se encontrar todos os símbolos que correspondem a fatores promotores de stress parental.

APÊNDICE Y

QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DE SESSÃO – GESTÃO DO *STRESS* PARENTAL

Avaliação de sessão - Gestão do Stress Parental

Este questionário foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio Final com Relatório, pertencente ao VIII curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Beja.

Ao responder a este questionário contribuirá a avaliação da sessão da apresentação realizada, mestranda Beatriz Pedrosa.
A participação é voluntária e a não participação e/ou desistência não trará qualquer prejuízo, podendo desistir de participar, não submetendo o questionário. O tempo de resposta é, aproximadamente, de três minutos.

As respostas são anónimas e a informação recolhida será tratada de forma agregada, pela equipa, para fins académicos e de investigação. Os dados serão armazenados, de forma segura e de acesso exclusivo pela mestranda.
Ao responder ao questionário, consente a participação de forma livre e esclarecida e autoriza a utilização dos dados obtidos, no âmbito referido.

Muito obrigada.

* Indica uma pergunta obrigatória