



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NEONATAIS:
UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA**

**NEONATAL NURSING CARE: AN EVIDENCE-
BASED PRACTICE**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Nadine Queirós Simões

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Cuidados de Enfermagem Neonatais: Uma Prática
Baseada em Evidência

Relatório de Estágio orientado pela
Professora Doutora Conceição Reisinho e
coorientado pela Professora Fernanda
Carvalho.

Porto, 2024

AGRADECIMENTO

A realização deste estágio foi uma experiência única e enriquecedora, quer a nível pessoal como profissional. Por isso mesmo, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para o meu sucesso.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Conceição Reinho e à Professora Fernanda Carvalho pela paciência, disponibilidade, persistência, incentivo, acompanhamento e rigor científico que foram essenciais durante este percurso. À Professora Margarida Reis Santos pelo incentivo para concluir este processo de aprendizagem.

À Enfermeira Madalena Pacheco por autorizar a realização deste estágio no Serviço de Neonatologia. À Enfermeira Eugénia Fernandes, pela dedicação que demonstrou na minha aprendizagem assim como a disponibilidade com que, todos os dias, se prontificou a orientar-me e a proporcionar-me experiências diferentes. Por toda a partilha de conhecimento e experiências, pela compreensão, apoio, incentivo e por tudo o que me ensinou.

Quero igualmente agradecer a toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais aonde realizei o estágio pela disponibilidade, partilha de experiências e de conhecimentos e a todas as famílias com quem partilhei este percurso. Sem vocês todo este percurso não seria tão produtivo.

À Enfermeira Cristina Serrano, Enfermeira Conceição Osório e Enfermeira Silvana Oliveira e aos meus colegas do Hospital Pedro Hispano e do Hospital Santa Maria Porto, pelo incentivo, pela paciência e compreensão.

Aos meus Pais, à minha Madrinha (Fernanda Ferraz), Tio Reinaldo, Tia São, Raquel e restante família pelo apoio e amor incondicional, pelo incentivo e compreensão, por acreditarem sempre em mim. Aos meus amigos (Cátia, Jorge, Artur, Susana, Ricardo, Alexandra, Humberto, Ana V., Celso e Leonor), pelo apoio, incentivo e compreensão.

Aos meus Avós, Emília e Queirós!

A todos o meu mais sincero, Obrigado!

RESUMO

O recém-nascido de risco é um recém-nascido que apresenta maior probabilidade de desenvolver complicações, seja devido a condições pré-natais, perinatais ou pós-natais. Estes requerem um acompanhamento contínuo e individualizado de forma a promover o seu crescimento e desenvolvimento e obter ganhos em saúde. Durante a realização do meu estágio na unidade de cuidados intensivos neonatais foi notória a importância da preparação do regresso a casa tem para estes recém-nascidos e sua família. A preparação do regresso a casa engloba a estabilidade fisiológica do recém-nascido de risco, a capacitação dos pais para prestação de cuidados, o planeamento do seu seguimento, a preparação dos cuidadores para gerir e lidar com o ambiente fora do hospital.

O apoio emocional e educacional oferecido à família é vital, de modo a promover a confiança e reduzir a ansiedade em relação ao cuidado do recém-nascido em casa. Surge assim a necessidade de se estruturar o seu seguimento após o regresso a casa. Face à evolução científica e tecnológica que se observou nos últimos anos, é possível usar as tecnologias de informação e comunicação como uma estratégia complementar de seguimento do recém-nascido de risco no domicílio dados os benefícios e os ganhos em saúde que estas possibilitam. São consideradas como um meio de prestação de cuidados de baixo custo, flexível e potencializador da gestão dos recursos humanos e dos ganhos em saúde. Por conseguinte foi efetuada uma revisão da literatura sobre a consulta telefónica/videochamada de enfermagem enquanto estratégia de seguimento do recém-nascido de risco após o regresso a casa.

Este relatório crítico-reflexivo foi elaborado no âmbito do 2ºAno do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no módulo I e II de estágio de natureza profissional com relatório. Tem como tema: “Cuidados de Enfermagem Neonatais: Uma Prática Baseada em Evidência” por ter como objetivo explanar as competências adquiridas ao longo do estágio e o processo de revisão da literatura supracitado. A metodologia adotada para a elaboração

do presente relatório foi a metodologia descritivo reflexiva. Os resultados obtidos na revisão da literatura efetuada permitem inferir que a consulta telefónica/videochamada de enfermagem é uma estratégia de seguimento complementar eficiente do recém-nascido de risco após o regresso a casa, potencializando os ganhos em saúde no que respeita a empoderamento e capacitação parental, a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, permitindo ainda a diminuição de recorrência ao serviço de urgência e do número de consultas de enfermagem presenciais.

Palavras-Chave: Enfermagem neonatal; Recém-nascido; Domicílio; Terapia Intensiva Neonatal; Telenfermagem.

ABSTRACT

A high-risk newborn is one who has a greater likelihood of developing complications due to prenatal, perinatal, or postnatal conditions. These newborns require continuous and individualized care to promote their growth and development and achieve health gains. During my internship in the neonatal intensive care unit (NICU), the importance of preparing high-risk newborns and their families for discharge was evident. This preparation involves ensuring the newborn's physiological stability, empowering parents to provide care, planning follow-ups, and equipping caregivers to manage and adapt to the home environment.

Emotional and educational support offered to families is vital to build confidence and reduce anxiety about caring for the newborn at home. Consequently, there is a need to structure follow-up care after discharge. With the advances in science and technology in recent years, information and communication technologies (ICT) offer a complementary strategy for monitoring high-risk newborns at home, given their potential benefits and health outcomes. ICT is considered a cost-effective, flexible means of care delivery that optimizes resource management and promotes health gains.

Therefore, a literature review was conducted to explore the use of nursing teleconsultations—via phone or video call—as a follow-up strategy for high-risk newborns after discharge.

This critical-reflective report was developed during the second year of the Master's Degree in Pediatric and Child Health Nursing, as part of the professional internship modules I and II. The theme, "Neonatal Nursing Care: Evidence-Based Practice," aims to outline the competencies acquired during the internship and the literature review process. The methodology used for this report was descriptive-reflective. The literature review findings suggest that nursing teleconsultations are an efficient complementary follow-up strategy for high-risk newborns after discharge, contributing to health gains such as parental empowerment, improved infant growth and development, and reduced emergency visits and in-person nursing consultations.

Keywords: Neonatal nursing; Newborn; Home care; Neonatal Intensive Care; Telenursing.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

CCF – Cuidado centrado na família;

CTE – Consulta telefónica de enfermagem;

CPAP – Ventilação não invasiva com pressão contínua positiva na via aérea;

DGS – Direção Geral da Saúde;

DR – Diário da República;

EDIN – Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né;

EEESIP – Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica;

EHI – Encefalopatia hipóxico-isquémica;

ERS – Entidade reguladora da saúde;

HT – Hipotermia terapêutica;

IA – Inteligência Artificial;

JBI - Joanna Briggs Institute;

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

RGE – Refluxo gastroesofágico;

RN – Recém-nascido;

RNPT – Recém-nascido prematuro;

RNR – Recém-nascido de risco;

SDR – Síndrome de dificuldade respiratória;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde;

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia;

TIC – Tecnologias de informação e comunicação;

UCIN – Unidade de cuidados intensivos neonatal;

USF – Unidade de saúde familiar;

VMI – Ventilação mecânica invasiva.

Índice

1. INTRODUÇÃO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	20
3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA	26
3.1. Atividades para o desenvolvimento de competências	27
3.2. A preparação do regresso a casa do recém- nascido de risco	62
4. SÍNTESE FINAL	86
BIBLIOGRAFIA	92
ANEXOS	108
ANEXO I – FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO RECÉM- NASCIDO DE RISCO APÓS O REGRESSO A CASA	
ANEXO II – ESTRUTURAÇÃO DO SEGUIMENTO DO RECÉM- NASCIDO DE RISCO APÓS O REGRESSO A CASA ATRAVÉS DA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM	
ANEXO III – AVALIAÇÃO DA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM REALIZADA APÓS O REGRESSO A CASA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO	
ANEXO IV – FOLHA DE REGISTO DE TELEFONEMAS RECEBIDOS APÓS O REGRESSO A CASA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO	

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 – Termos de pesquisa e frase booleana _____ 75

Tabela 2 – Artigos analisados na revisão da literatura _____ 77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Seleção de artigos de revisão sobre o seguimento do RNR após o regresso a casa _____	76
Figura 2 – Seleção dos artigos de revisão sobre o seguimento do RNR após o regresso a casa - fase três: critérios gerais _____	76
Figura 3 – Seleção dos artigos de revisão sobre o seguimento do RNR após o regresso a casa - fase três: critérios específicos _____	77

1. INTRODUÇÃO

Um recém-nascido de risco (RNR) é definido como um recém-nascido (RN) que apresenta um risco de morbidade e mortalidade superior à média devido a condições ou circunstâncias associadas ao seu nascimento e à adaptação à vida extrauterina, independentemente do seu peso ao nascimento e da sua idade gestacional. A classificação do RNR varia de acordo com a sua idade gestacional, o seu peso ao nascer e de acordo com os problemas fisiopatológicos que evidenciam, sendo que os mais comuns se relacionam com o grau de maturidade do RN, com distúrbios metabólicos e com a imaturidade dos órgãos e sistemas (Hockenberry et al., 2018).

O nascimento de recém-nascidos prematuros (RNPT) ou com muito baixo peso (peso <1500g) é uma realidade cada vez mais frequente, devido aos avanços tecnológicos e científicos que se verificaram nas últimas décadas e ao aumento do número de gestações múltiplas e medicamente assistidas (Batista et al., 2019; Corrochel et al., 2021; Im e Oh, 2021).

Em 2024, a taxa de RNPT em Portugal é de aproximadamente 6,94% dos nascimentos, o que corresponde a cerca de sete em cada 100 nascimentos. Esta taxa coloca Portugal numa posição intermédia entre os países europeus, com uma leve diminuição em comparação com anos anteriores, como 2020, quando a taxa era de 8,03% (World Population Review, Portugal News, 2024). Já em 2019 em Portugal, nasciam cerca de 17 RNPT por dia, sendo um dos países da Europa com maior taxa de prematuridade, com um registo anual de 8% de partos antes das 37 semanas de gestação (Barros, 2023; PORDATA, 2019, as cited in Ordem dos Enfermeiros, 2021). Mundialmente, a taxa de prevalência de nascimentos prematuros corresponde a cerca de 10% (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O RNPT é um ser complexo, recetivo e reativo à estimulação sensorial e social uma vez que nos últimos três meses de gestação é que ocorre o maior crescimento e desenvolvimento cerebral, a maturação e o crescimento dos restantes órgãos. A permanência destes RNPT na Unidade de Cuidados

Intensivos Neonatais (UCIN) é essencial de forma a promover o seu desenvolvimento adequado e a minimizar as consequências do seu nascimento prematuro (Santos, 2011).

A UCIN possibilita um suporte assistencial diferenciado de alta complexidade, com monitorização contínua, equipamentos de reanimação e de suporte vital completo, que são essenciais para o desenvolvimento e a sobrevivência do RNPT no ambiente extrauterino (Prazeres et al., 2021).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, os procedimentos invasivos a que estes RN são sujeitos, colocam-nos sobre o risco de desenvolvimento de morbilidades como por exemplo: displasia broncopulmonar, doença pulmonar crónica, retinopatia da prematuridade, enterocolite necrosante, hemorragia intraventricular, entre outros (Fathi et al., 2022). Scott (2017) refere ainda que o atraso cognitivo/desenvolvimental, a paralisia cerebral, o défice de acuidade visual, a hiperatividade, o défice de atenção e a ansiedade são as principais sequelas identificadas nestes RNPT de forma moderada a severa.

O cuidar em enfermagem exige uma abordagem sistemática e metodológica própria que possibilita cuidar do outro em todas as suas dimensões com arte e com ciência. A arte relaciona-se com o espaço aonde se desempenha a profissão e a ciência com a sua fundamentação (Costa & Gonçalves, 2021). O enfermeiro rege a sua prática profissional de acordo com os princípios éticos inerentes à mesma, adotando uma conduta responsável e agindo em conformidade pela *leges artis*, pela deontologia e pelos direitos do indivíduo. Podendo desempenhar no seu exercício profissional intervenções autónomas e interdependentes, sem negligenciar a sua autonomia na tomada de decisão e o respeito pelos princípios da dignidade, autonomia e complementaridade funcional multidisciplinar, seja em cooperação, articulação e supervisão (Diário da República [DR], 2022).

A enfermagem neonatal engloba não só a realização de procedimentos invasivos especializados, mas também a promoção do conforto, o agrupamento dos cuidados a serem prestados fomentando o repouso do RNPT, o cuidado

centrado na família (CCF), a capacitação e o envolvimento dos pais no cuidado ao RNPT, a elaboração e a implementação de plano de cuidados individualizado, a promoção do aleitamento materno, da vinculação e da ligação pais/RNPT, a coordenação e a supervisão da equipa multidisciplinar (Prazeres et al., 2021; Silva, Fujinaga, et al., 2021).

O CCF permite otimizar o desenvolvimento físico e neurodesenvolvimental do RN internado na UCIN e o suporte à sua família (Naef et al., 2020). Este modelo de cuidados minimiza o tempo de internamento e aumenta o vínculo de confiança entre a família e a equipa multidisciplinar (Prazeres et al., 2021). O envolvimento e o suporte proporcionado à família e ao RNPT, através deste modelo de cuidados permitem melhorar os indicadores de saúde dos mesmos, tanto ao nível físico como neurodesenvolvimental, e a qualidade dos cuidados prestados. Na construção desta relação intencional de cuidados importa abranger a família alargada, fomentando o envolvimento de todos no processo de cuidado e no planeamento de intervenções sistematizadas (Naef et al., 2020).

As peculiaridades inerentes à prestação de cuidados ao RNR, em especial ao RNPT foi algo que sempre me suscitou interesse e preocupação, visto que aquando da realização do primeiro ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) não realizei estágio neste domínio. Considerava que era uma lacuna no meu processo formativo enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), que pretendia colmatar, ao adquirir e explorar mais os meus conhecimentos e competências nesta área. Por conseguinte, optei por realizar um estágio de natureza profissional neste âmbito.

A Escola Superior de Enfermagem do Porto, de acordo com o regulamento do segundo ciclo de estudos do MESIP, do currículo anterior de estudos ao ano letivo 2018/2019, permite ao estudante optar pela realização de uma dissertação ou, de um trabalho de projeto ou de um estágio de enfermagem de saúde infantil e pediátrica de natureza profissional enquanto opção formativa de conclusão do curso de mestrado.

Decorrente da opção da realização do estágio, o estudante deverá elaborar um relatório que descreva e analise o processo de desenvolvimento de competências enquanto EEESIP, com base no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica publicado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2018.

Por conseguinte, realizei um estágio, com a duração de 5 meses, no período compreendido entre 1 de novembro de 2015 e 20 de março de 2016, com um total de 500 horas. O presente relatório é efetuado à posteriori devido a condicionantes pessoais.

A escolha da UCIN aonde se realizou o estágio deveu-se ao facto de ser um centro de referência e de excelência no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem pediátricos, recebendo crianças que necessitam de cuidados especializados de todo o país, como por exemplo RN com patologias graves do foro cirúrgico, cardíaco e grandes prematuros. É ainda um serviço que fomenta a formação contínua, a prática baseada na evidência e um centro de implementação do programa de cuidados individualizados e de avaliação do desenvolvimento neonatal (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - NIDCAP).

A filosofia de cuidados NIDCAP permite prestar e assegurar a melhor qualidade de cuidados de enfermagem aos RNPT desde o momento do seu nascimento, diminuindo o impacto negativo do internamento na UCIN. A importância desta filosofia centra-se na prestação de cuidados adequados ao desenvolvimento individualizado de cada RNPT de acordo com as respostas comportamentais que este apresenta, permitindo identificar as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais tanto do RNPT como da sua família (Chandebois et al., 2021). Permite um cuidado individualizado, ajustado ao processo de autorregulação do RNPT objetivando a minimização das complicações a curto e a longo prazo (Chandebois et al., 2021; Fathi et al., 2022). Os cuidados são agrupados em cinco áreas: proteção do sono; avaliação e gestão da dor e do stresse; intervenções de suporte desenvolvimentais (posicionamento, desenvolvimento de competências orais

relacionadas com alimentação e contacto pele a pele (método canguru)); CCF e promoção de um ambiente terapêutico. Fomenta o envolvimento e a confiança dos pais na prestação de cuidados ao RNPT (Chandebois et al., 2021).

O NIDCAP incentiva os pais a estabelecerem uma relação de confiança e de compreensão com o seu RNR. Reconhece dez aspetos fundamentais que os pais devem manter tanto no hospital como no domicílio: estar disponível e presente, participar nos cuidados prestados como primeiro cuidador, procurar informação, gerir o ambiente, interagir e prestar cuidados de forma tranquila e responsiva, respeitar o sono, comunicar através do toque, fomentar o contacto pele a pele, priorizar o aleitamento materno e a sucção não nutritiva e de conforto (Acevedo et al., 2017; Neonatal Individualized Care and Assessment Program [NIDCAP], 2020).

A gestão dos fatores ambientais é preponderante no que respeita aos cuidados em saúde. A filosofia de cuidados NIDCAP permite implementar a prática de cuidados neuroprotetores, diminuindo o risco de exposição ao stresse e consequentemente os seus efeitos nocivos no neurodesenvolvimento (Resende et al., 2017). Esta baseia-se na observação detalhada e contínua do comportamento do RN, de forma a avaliar os objetivos do desenvolvimento infantil, as competências funcionais e o estado de equilíbrio, adaptando os cuidados a prestar ao RN de forma a promover o seu desenvolvimento. Esta observação deve ser efetuada ao nível do sistema autónomo, do sistema motor, do sistema de organização (atenção e interação) e do sistema de autorregulação e equilíbrio. Permite ainda reduzir as complicações iatrogénicas que o ambiente da UCIN induz no RNPT, fomentando as suas competências, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde (Santos, 2011).

A prática desta filosofia de cuidados requer profissionais de saúde com formação e treino, uma vez que é necessário ajustar os cuidados hospitalares a esta dinâmica de cuidar, transmitir a informação e envolver a restante equipa. Importa ainda transmitir aos pais a necessidade de manterem estes cuidados no domicílio após o regresso a casa, de forma a promoverem o

desenvolvimento adequado do seu filho. A implementação desta filosofia modificou o modelo subjacente à prestação de cuidados passando a centrar-se nos cuidados ao RN e à sua família (Santos, 2011).

O cuidado centrado na família é outro modelo de cuidado subjacente à prática de cuidados de enfermagem pediátricos. Este considera a criança e a sua família como o centro de todo o planeamento, avaliação, intervenção e tomada de decisão. Pressupõem cuidar deste binómio, criança/família, com dignidade e respeito pela sua individualidade, promovendo a escuta ativa das suas necessidades e a parceria de cuidados, fomentando a participação e o envolvimento dos pais (família) no cuidado à criança durante o internamento, sendo parceiros no ato de cuidar (Silva, 2022). O CCF permite um cuidado holístico do RN e da sua família de acordo com as necessidades que estes vão evidenciando, promovendo o seu bem-estar biopsicoemocional (Dalfior et al., 2022).

O modelo de parceria de cuidados é outro pilar essencial da prática de cuidados de enfermagem pediátricos e foi enunciado por Anne Casey em 1988. Baseia-se no processo de negociação, do respeito e da consideração pelos desejos da família, fundamentando-se na premissa de que os cuidados prestados à criança são melhor prestados pela sua família, através de diversos níveis de assistência para que a equipa de profissionais de saúde seja desnecessária (Sousa et al., 2023). Este modelo de cuidados possibilita o aumento da confiança na relação pais-profissionais de saúde, defendendo o suporte, a partilha de informação, a orientação, a participação, a colaboração, o conforto e o acolhimento (Rodrigues et al., 2019; Sousa et al., 2023; Uema, Rodrigues, Rissi, et al., 2020). Ressalva a necessidade de estar alerta às necessidades da criança e dos pais (Sousa et al., 2023).

O EEESIP deve envolver os pais no processo de tomada de decisão e nos cuidados depois de conhecer as suas necessidades e desejos. Este modelo permite que os pais se sintam parte integrante da equipa de cuidados, sentindo-se mais confiantes nas suas competências de cuidado à criança (OE, 2015). Possibilita ainda a diminuição do stresse parental, o aumento da

autoconfiança parental, diminuindo conseqüentemente os dias de internamento hospitalar e a readmissão após a alta hospitalar. Promove ainda uma maior adesão ao método canguru, ao aleitamento materno, à ligação mãe-filho e à vinculação (Rodrigues et al., 2019; Uema, Rodrigues, Rissi, et al., 2020).

Os RNPT experienciam desde o momento do seu nascimento um processo de saúde/doença, devido ao seu peso e à sua idade gestacional, necessitando de cuidados intensivos neonatais e de um acompanhamento sistemático do seu crescimento e desenvolvimento por períodos relativamente longos, dada a sua maior vulnerabilidade a situações de doença crónica. Por conseguinte, o seu acompanhamento após o regresso a casa é essencial, de forma a promover o crescimento e o desenvolvimento adequado destas crianças (Sassá et al., 2014).

Neste contexto, a transição para a parentalidade pode enquadrar-se no tipo desenvolvimental ou situacional dada a necessidade de adaptação aos diferentes estádios desenvolvimentais da criança e da eventual necessidade de lidar com eventos e situações críticas como a prematuridade (Meleis et al., 2000).

A preparação do regresso a casa corresponde ao conjunto de ações desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados tanto ao nível hospitalar como comunitário, promovendo a coordenação entre todos os envolvidos, tendo por base o empoderamento e o envolvimento do indivíduo e da sua família como uma estratégia para uma transição segura. É da obrigação do enfermeiro a preparação do regresso a casa, uma vez que este é o responsável por dotar os pais de conhecimentos e competências, executando o treino das mesmas e a supervisão do seu desempenho durante o internamento hospitalar (Araujo et al., 2023).

O regresso a casa do RNPT induz um elevado grau de stresse parental, uma vez que a criança passa de estar a ser cuidada por profissionais de saúde e num ambiente hospitalar controlado, para o seu domicílio, ficando o seu cuidado à responsabilidade dos pais (Scott, 2017). O processo de preparação do regresso a casa deve ser iniciado desde que haja condições para tal na

UCIN, sendo individualizado de acordo com as especificidades clínicas do RN e com as condições biopsicossociais da família. A capacitação adequada dos pais durante o internamento permite otimizar as suas habilidades de cuidados gerais e específicos no cuidado ao RN, aumentando o seu sentimento de autoconfiança na prestação de cuidados e promove a continuidade de cuidados no domicílio e a diminuição da taxa de reinternamentos desnecessários (Busatto et al., 2021). O suporte emocional, a validação e o desenvolvimento de novas competências parentais e o seguimento destas crianças no domicílio é de suma importância, visando a vigilância e a promoção do seu crescimento e desenvolvimento (Scott, 2017).

Muitas vezes os pais/família do RNR possui dúvidas sobre os cuidados que não esclarece durante o internamento na UCIN por medo, vergonha e ansiedade (Busatto et al., 2021). Segundo Silva, Fujinaga et al. (2021), algumas das dúvidas que emergem no domicílio relacionam-se com alimentação, saúde, higiene e emoções relacionando-se não só com questões teóricas mas também com habilidades práticas pois, as tarefas aparentemente simples por vezes apresentam-se como obstáculos no quotidiano dos cuidadores do RNPT.

O processo de transição do RNPT para o domicílio é complexo, multidimensional, dinâmico e de sentimentos ambivalentes pela felicidade inerente à alta hospitalar à qual se associa o sentimento de insegurança e de ansiedade pela responsabilidade inerente ao exercício autónomo do novo papel. O suporte social no domicílio é essencial para a adaptação à nova dinâmica familiar e para a superação das dificuldades que vão surgindo (Carvalho, Santos, et al., 2021).

O enfermeiro é o coordenador de todo processo, não só pela capacitação que efetua à família do RN tanto ao nível dos cuidados básicos sobre alimentação, sono e repouso, higiene, manipulação e comportamento como específicos às necessidades do RN sendo o elo de ligação entre todos os intervenientes da equipa multidisciplinar e de suporte. O uso de tecnologias educativas como por exemplo: folhetos, vídeos, *checklists*, programas de

supervisão no domicílio, dinâmicas de grupo entre outros funcionam como estratégias facilitadoras de todo este processo (Araujo et al., 2023).

Tendo em conta o que foi suprarreferido é notória a importância do EEESIP na preparação do regresso a casa do RNR/RNPT na UCIN e no seguimento do crescimento e desenvolvimento destas crianças no domicílio. Dados os avanços tecnológicos que se verificam ao nível da saúde e da telessaúde e das novas necessidades que emergem na rentabilização dos cuidados custo-efetivos surge a realização de uma revisão da literatura sobre a consulta telefónica (incluindo videochamada) de enfermagem como estratégia de seguimento após a alta hospitalar do RNR de forma a identificar e colmatar algumas das necessidades experienciadas pelos pais nos primeiros dias de adaptação à nova dinâmica familiar e no cuidado ao seu filho. Pretende-se verificar na literatura a eficácia da sua realização e quais os ganhos em saúde obtidos.

Neste primeiro capítulo é efetuada uma introdução ao trabalho, definindo os conceitos que lhe são basilares como CCF, modelo de parceria de cuidados, NIDCAP, preparação do regresso a casa e contextualização da temática do estágio. De seguida, o presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: no capítulo dois será caracterizado o contexto clínico, no capítulo três será exposto o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências enquanto EEESIP, fundamentando-as com a evidência científica disponível. Neste capítulo será ainda abordada a temática da preparação do regresso a casa do RNR, efetuando-se uma contextualização teórica sobre a consulta telefónica (incluindo a videochamada) de enfermagem enquanto estratégia de seguimento do RNR no domicílio e como um meio de prestação de cuidados de enfermagem e de otimização dos ganhos em saúde. Descrever-se-á o processo de revisão da literatura efetuada sobre a temática em questão, sendo explanado as implicações para a prática de enfermagem de acordo com a evidência e com a legislação em vigor. No último capítulo, o capítulo quatro, será efetuada uma síntese final sobre todo o processo refletindo-se sobre o mesmo e sobre o seu contributo enquanto EEESIP e para a prática de enfermagem.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A OMS define o parto pré-termo como o nascimento antes das 37 semanas de gestação. A nível mundial, a prematuridade representa a principal causa de morte em crianças com idade inferior a cinco anos e é a principal causa de morbilidade e mortalidade neonatal. Mundialmente nascem cerca de 15 milhões de RN antes das 37 semanas de gestação, o que representa um RNPT em cada 10 nascimentos (Gomes et al., 2021; Silva, Santos, Silva, et al., 2021). A evolução tecnológica e científica tem permitido a sobrevivência de RNPT e neonatos com condições grave de saúde, alguns deles com condições incompatíveis com a vida. O seu internamento na UCIN é essencial para a sua sobrevivência e/ou para garantir a qualidade de vida (Corrochel et al., 2021; Silva, Fujinaga, et al., 2021; Silva, Santos, Silva, et al., 2021).

No RNPT todos os sistemas orgânicos podem apresentar imaturidade, dada a interrupção do seu desenvolvimento a nível intrauterino, o que influencia a transição neonatal da vida intrauterina para a vida extrauterina e o expõem a complicações (Gomes et al., 2021; Silva et al., 2020). A permanência do RNPT na UCIN separa-o dos seus pais, expõem-no a excesso de estímulos e à experiência de procedimentos invasivos e dolorosos, influenciando o desenvolvimento neurofisiológico, neuropsicológico, psicoemocional e psicossocial. A energia que estes RN têm é despendida maioritariamente pelo sistema autónomo e em seguida pelo sistema motor, deixando muito pouca energia livre para os restantes sistemas funcionarem. Assim sendo, importa reduzir a carga de estímulos, ajustando-a ao comportamento do RN, uma vez que um excesso dos mesmos poderá desencadear como resposta a desorganização de um outro sistema (Santos, 2011).

A UCIN é um serviço aonde estão disponíveis todos os equipamentos tecnológicos necessários à sobrevivência do RNPT ou do RN em risco de vida. Nesta é possível a monitorização contínua do RNR/RNPT, a realização de procedimentos específicos, o suporte emocional à família e a capacitação

parental. Prioriza-se a sobrevivência do RNR/RNPT e a redução das morbidades a longo prazo (Batista et al., 2019; Silva, Santos, et al., 2021).

O planeamento dos cuidados prestados ao RNPT é essencial para a sua sobrevivência durante e após o internamento hospitalar na UCIN. As competências emocionais e técnicas, a gestão dos cuidados, o ambiente hospitalar adequado, o CCF e a parceria de cuidados são cruciais para a prestação de cuidados de enfermagem neonatal de qualidade. No seu desempenho profissional na UCIN, o enfermeiro é o responsável pela concretização das seguintes atividades: monitorização hemodinâmica, vigilância antropométrica, gestão dos cuidados prestados, promoção da aquisição de competências do neonato, envolvimento dos pais na prestação de cuidados, fomentando a aquisição de competências parentais, promoção do aleitamento materno, preparação do regresso a casa e disponibilização de suporte emocional (Batista et al., 2019; Gomes et al., 2021; Silva et al., 2020; Silva, Santos, Silva, et al., 2021).

A doença e a hospitalização da criança são acontecimentos inesperados que geram dor e sofrimento para a família, interferindo na sua adaptação à parentalidade. A hospitalização da criança pode induzir uma crise de identidade parental, com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e do que os profissionais de saúde esperam que estes façam. Os pais/família são os melhores prestadores de cuidados para a criança, assim sendo, o EEESIP tem como responsabilidade promover a adaptação dos pais a esta realidade, objetivando a promoção e a adaptação da parentalidade em todas as suas dimensões (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

O enfermeiro baseia a sua prática de cuidados no(s) modelo(s) e na(s) filosofias(s) que mais se adequarem ao desempenho dos mesmos. Na UCIN, a prática de cuidados baseia-se no modelo do CCF, no modelo de parceria de cuidados e na filosofia de cuidados NIDCAP.

O internamento de uma criança, pode ser vivido pelos pais como um evento difícil e complexo, funcionando como um evento crítico na transição parental. Estabelecer uma parceria de cuidados com os pais é o melhor

percurso para alcançar os melhores resultados em saúde. A capacidade de trabalhar em parceria é uma competência essencial do EEESIP, visando o alcance dos melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os pais são parceiros no cuidar da criança, contudo o nível e tipo de participação tem que ser orientados para a intencionalidade terapêutica de forma a alcançar os resultados desejados (Sousa et al., 2023).

Na UCIN, além dos RNPT são admitidos todos os RNR, isto é, todos os RN que independentemente do seu peso ao nascer ou da sua idade gestacional detenham um risco de morbilidade e mortalidade superior à média devido a condições/circunstâncias associadas à gestação, ao parto e à adaptação à vida extra uterina. O RNR pode evidenciar tal como o RNPT, dificuldade respiratória, hipoglicemia, instabilidade térmica, problemas na alimentação, icterícia e doenças com necessidade de internamentos prolongados. Por conseguinte, esta unidade recebe desde RNPT desde a 23^a semana de gestação, considerado como a idade gestacional de viabilidade vital até RN com 28 dias de vida (Hockenberry et al., 2018).

A unidade hospitalar onde foi efetuado o estágio funciona como um centro de referência nacional. A UCIN tem como missão prestar cuidados de saúde neonatais com o maior nível de competência, qualidade e rigor, fundamentando-se na prática baseada na evidência, incentivando a formação e a investigação, respeitando os princípios da ética e da humanização.

A equipa multidisciplinar de profissionais deste serviço detém um elevado grau de conhecimentos e de competências específicas nesta área, sendo que a maioria dos elementos já possui diversos anos de experiência. É ainda uma equipa motivada para a mudança e para a prática de enfermagem baseada na evidência.

Este serviço recebe RNR com: extremo baixo peso ao nascer, grandes prematuros, RN com patologias do foro cardíaco e cirúrgico, com asfixia grave para realização de protocolo de hipotermia, com doenças metabólicas, entre outros. Por conseguinte, ao longo do estágio pude contactar com diversos contextos e equipamentos como por exemplo: a prática de todas as

modalidades de ventilação mecânica invasiva e não invasiva neonatal, manipulação de cateteres (umbilical, epicutâneo, femoral, arterial e venoso periférico), aspiração de secreções em circuito fechado, cuidados cirúrgicos (dreno torácico, gestão de medicação analgésica), execução de tratamento a feridas e a úlceras de pressão, técnica de hipotermia induzida, preparação das unidades de forma a receber RN para cuidados intensivos e intermédios (receção de RN provenientes da sala de parto, do internamento de obstetrícia e transferidos de outras instituições de saúde), preparação do regresso a casa (processo de capacitação parental, registos de enfermagem, realização do teste da cadeira), colaboração na preparação da unidade e do RN para realização de cirurgia de encerramento do canal arterial na UCIN por ausência de estabilidade do mesmo para deslocação ao bloco operatório, preparação e administração de medicação e de nutrição parentérica, colocação de sondas nasogástricas e estratégias para estimular a aquisição de competências orais no RNPT, preparação de leite artificial, promoção do aleitamento materno e estratégias de estimulação de produção de leite materno em situações especiais e de administração deste, método canguru, contacto, observação e implementação na prática da filosofia de cuidados NIDCAP, suporte emocional aos pais e transferência de RN para o internamento pediátrico.

O estágio realizado na UCIN foi extremamente enriquecedor pela aquisição de conhecimentos teórico-práticos e competências técnicas. A opção por este campo de estágio baseou-se na ausência de competências enquanto EEESIP na área da neonatologia, na diversidade e complexidade dos cuidados de enfermagem que são prestados nestas unidades.

Durante o meu estágio este serviço foi sofrendo algumas alterações, no que respeita a mudança de instalações. No início do meu estágio este serviço tinha capacidade para 19 RNR, estando temporariamente colocado num serviço de enfermarias de três/quatro berços em cada quarto. De forma a monitorizar os RNR que estavam em cuidados intensivos, existia um monitor central, no balcão de enfermagem.

No fim do meu estágio o serviço mudou novamente de instalações para uma unidade de *open space*, reduzindo a sua capacidade para 17 RNR. Esta unidade facilita a observação constante de todos os RNR e suas famílias, contudo a gestão do ambiente da unidade de forma a beneficiar o neurodesenvolvimento do RNR é difícil.

Estes dois contextos da prática de cuidados fizeram-me refletir sobre a importância do planeamento do serviço em termos de funcionalidade, tipologia de cuidados que são prestados e segurança dos mesmos. Após as duas experiências e por o primeiro serviço não disponibilizar visualização direta dos quartos aonde estavam os RNR, sendo que a enfermeira ficava sempre na sala com as portas abertas, considero que por uma questão de maior segurança dos cuidados era mais vantajoso a unidade de *open space*. Ressalvo no entanto que nesta tipologia de unidade é difícil assegurar a privacidade do RNR e da sua família e a gestão do ambiente é desafiante.

A evidência recomenda que o planeamento da UCIN seja efetuado em quartos individuais para que seja mais fácil gerir e controlar o ambiente, prestando cuidados neuroprotetores e centrados na família, evitando as infeções nosocomiais, promovendo o aleitamento materno e a interação com os pais. Estes quartos individuais devem possibilitar a vigilância interna e externa e a realização de procedimentos cirúrgicos e invasivos, dispondo de espaço para a utilização de todos os equipamentos necessários (Bajaña et al., 2021). Importa ressaltar que ambas as instalações do serviço cumpriam os critérios de boa prática no que respeita à segurança e o critério de acreditação de a unidade ter um sistema de controlo de entrada e de saída fechado.

Esta unidade baseia a sua filosofia de cuidados no NIDCAP, no modelo de parceria de cuidados e no modelo de CCF. Aquando da realização do estágio esta unidade era a única com certificação NIDCAP e detinha mais profissionais a efetuar a certificação, pelo que o acompanhamento do processo de certificação de profissionais e de toda a evidência científica que lhe estava subjacente foi extraordinário, juntamente com a aprendizagem da observação

que é efetuada em campo ao RNR e subsequente planeamento e implementação de cuidados que lhe é subjacente.

Importa ressaltar o trabalho em equipa que é desempenhado nesta unidade, todos os elos pertencentes à mesma são essenciais, existindo respeito, cordialidade, cooperação e estima por todos os elementos, definindo-se qual o plano de cuidados mais adequado para o RNR e sua família entre toda a equipa.

O processo de educação parental é uma constante neste serviço a partir do momento em que se adquire condições para tal, isto é, a partir do momento no qual o RN evidencia estabilidade clínica e maturidade fisiológica e os pais se demonstrem disponíveis e recetivos para colaborar na prestação de cuidados, sendo-lhes sempre disponibilizado o suporte emocional que estes necessitam para enfrentar a situação e educacional de acordo com as suas necessidades e características biopsicossociais. Este visa a autonomia parental nos cuidados ao RNR e a preparação do regresso a casa para que todo o processo seja efetuado de forma gradual e sistemática e os pais se sintam autoconfiantes.

Pude constatar que o papel do enfermeiro enquanto educador é essencial para o correto desenvolvimento e crescimento do RN. A maioria dos pais reconheceu o cuidado que toda a equipa tem na educação parental que efetua pois além de adquirirem e desenvolverem as suas competências parentais, sentem-se mais confiantes no desempenho do seu papel. Considero ainda que o manual de ensino parental da UCIN é uma mais-valia, uma vez que permite que toda a equipa transmita a informação da mesma forma aos pais quando executa atividades de educação parental, o que não induz a dúvidas por parte dos pais e permite uniformizar a informação transmitida.

3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA

O EEESIP desempenha as suas funções em qualquer contexto aonde se encontre a criança e a sua família, trabalhando em parceria de cuidados no contexto hospitalar. A sua atuação tem como objetivo atingir o maior nível de saúde possível, através da prestação de cuidados, da educação para a saúde, da identificação e da mobilização de recursos. A sua perícia evidencia-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência, custos-efetivos, promovendo a segurança e a satisfação da criança e da sua família (Diário da República [DR], 2018).

A avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil da criança, os cuidados antecipatórios à criança/família de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar e a identificação precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida são áreas de especial atenção do EEESIP. Este deve ainda avaliar a família, intervindo nas suas necessidades, na adaptação às mudanças e na dinâmica familiar (DR, 2018).

No momento da realização do estágio já era EEESIP, contudo não tinha adquirido nem desenvolvido competências nesta área previamente. A neonatologia é uma área do conhecimento da enfermagem pediátrica com diversas vicissitudes e particularidades ao interligar a prática de cuidados intensivos/intermédios à faixa etária neonatal, cuidando em parceria com os pais/família do RN e de acordo com a intencionalidade terapêutica. No caso do RNR/RNPT pretende-se dotar os pais de conhecimentos e competências necessários para o cuidado autónomo ao RN no domicílio, para que estes se sintam seguros e autoconfiantes no desempenho do papel parental.

O presente relatório foi elaborado à posteriori devido a condicionantes pessoais. Neste será efetuada a análise de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto EEESIP à luz do regulamento de

competências específicas do EEESIP revisto a 22 de dezembro de 2017, o qual foi publicado no Diário da República a 12 de julho de 2018, e da evidência científica que lhe está subjacente.

Por conseguinte, no presente capítulo primeiramente será explanado todo o processo de desenvolvimento de competências específicas e de seguida a revisão da literatura sobre a temática alvo de estudo, a realização da consulta telefónica(videochamada) de enfermagem enquanto estratégia de seguimento do recém-nascido de risco após o regresso a casa, dada a perceção da sua relevância durante o estágio.

3.1. Atividades para o desenvolvimento de competências

A **primeira competência** “*Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” refere-se ao binómio criança/família enquanto alvo dos cuidados e na progressiva aquisição de autonomia por parte da criança, tendo como objetivo o estabelecimento de uma parceria de cuidados promotora da saúde, otimizando a gestão do regime terapêutico e da parentalidade (DR, 2018, p.19192). Esta subdivide-se em duas unidades de competência “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (DR, 2018, p.19193).

No que respeita à primeira competência salienta-se que todas as atividades desenvolvidas foram aplicadas apenas ao RNR/RNPT. No âmbito do estágio na UCIN, esta competência foi adquirida através do cuidado ao RNR/RNPT dadas as necessidades em saúde que estes podem evidenciar tanto a curto como a longo prazo.

Na primeira unidade de competência, no que respeita à aquisição e desenvolvimento da mesma, esta traduziu-se no cuidado ao RNPT, dada a

imaturidade fisiológica que lhe é subjacente e que pode implicar a necessidade de ventilação invasiva/não invasiva, a necessidade de aquisição de competências orais, entre outros. Importa ao longo de todo o processo de cuidar envolver e trabalhar em parceria com a família do RN, respeitando os seus valores e as suas crenças, auxiliando-a na vivência da transição.

Pretende-se que os pais adquiram os conhecimentos e as competências necessárias ao cuidado do RNR/RNPT no domicílio, sentindo-se autoconfiantes no cuidado ao mesmo e que consigam gerir o regime terapêutico se necessário. No desempenho do seu exercício na UCIN o enfermeiro deve ainda incentivar o suporte familiar e ser o elo de ligação da equipa multidisciplinar que presta cuidados ao RNR/RNPT, gerindo os cuidados prestados de forma a promover o crescimento e o desenvolvimento do RNR/RNPT e a assegurar a continuidade dos mesmos a nível comunitário.

De forma a dar resposta à primeira unidade de competência de acordo com os seus critérios de avaliação e adequando os mesmos à faixa etária neonatal e à sua família, defini os seguintes objetivos:

- Incentivar a família do RNR a participar/colaborar nos cuidados a executar (parceria de cuidados);
- Adequar a comunicação à família do RNR tendo em conta as suas especificidades, cultura e preferências;
- Auxiliar a família na vivência da transição;
- Promover a autonomia da família do RNR:
 - Atividades implementadas para concretizar o objetivo: dotar os pais de conhecimentos e competências sobre os cuidados a prestar ao RNR no domicílio; reforçar as sessões de educação parental sempre que necessário; efetuar o registo sobre os ensinamentos efetuados na folha de ensino parental da UCIN e no *Sclínico*; supervisionar os cuidados prestados pelos pais ao RNR na UCIN; reforçar aspetos positivos e elogiar progressos;

- Promover a adaptação da dinâmica familiar e o suporte social (família alargada);
- Assegurar a continuidade de cuidados após o regresso a casa do RNR:
 - Atividades implementadas para concretizar o objetivo: efetuar a carta de alta de enfermagem hospitalar; validar o conhecimento dos pais sobre o seguimento do RNR.

A segunda unidade de competência pode ser desenvolvida na UCIN através do reconhecimento precoce de alterações hemodinâmicas que traduzam alterações do estado de saúde do RN de forma a intervir precocemente e a evitar complicações a longo prazo. Por conseguinte, para atingir esta unidade de competência defini os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos teóricos no âmbito da neonatologia:
 - Atividades implementadas para concretizar o objetivo: efetuar pesquisa bibliográfica; implementar a evidência científica na prática clínica;
- Adquirir competências técnicas no âmbito da prestação de cuidados:
 - Atividades implementadas para concretizar o objetivo: observar a execução das intervenções de enfermagem ao RNR na UCIN; implementar intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes face aos diagnósticos de enfermagem identificados (reais e potenciais); executar as intervenções de enfermagem de acordo com as normas e protocolos do serviço;
- Promover o trabalho em equipa multidisciplinar:
 - Atividade implementada para concretizar o objetivo: sugerir o encaminhamento do RNR se necessário para outros profissionais com perícia na área em questão (exemplo: grupo de tratamento de feridas e de úlceras de pressão da instituição);

- Identificar alterações fisiológicas e comportamentais que indiquem descoordenação e agitação do RNR por este estar em stresse;
- Diminuir o impacto da hospitalização:
 - Atividades implementadas para concretizar o objetivo: realizar a admissão do RNR e da sua família na UCIN; assegurar um ambiente calmo e seguro; proporcionar suporte emocional à família do RNR;
- Identificar situações de risco para o RNR e proceder ao seu encaminhamento para as entidades responsáveis;
- Avaliar os conhecimentos e as habilidades dos pais do RNR sobre comportamentos de procura de saúde;
- Promover a capacitação dos pais sobre os cuidados gerais e específicos a prestar ao RNR no domicílio, incluindo cuidados relativos a segurança e minimização do risco de infeção.

Basear as decisões da prática clínica na intuição e no senso comum causa insegurança na prestação dos cuidados, o que em enfermagem adquire especial importância pois contactamos diariamente com pessoas fragilizadas e a vivenciar processos de transição, necessitando por conseguinte de uma intervenção de enfermagem adequada às suas necessidades e baseada na melhor evidência científica disponível.

A prática baseada na evidência pode ser definida como o processo através do qual os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica disponível, incluindo ainda nessa tomada de decisão a sua experiência clínica e as opções do cliente (Craig & Smyth, 2004).

Cabe ao enfermeiro especialista atuar como um dinamizador da aprendizagem em serviço ao promover a formação em serviço de acordo com as necessidades formativas, tanto ao nível teórico como prático, fomentando o desenvolvimento de habilidades e de competências, suportando a prática

clínica na evidência científica, dinamizando-a e introduzindo-a na prática de cuidados potencializando os ganhos em saúde dos clientes (DR, 2019).

Ao longo do estágio, efetuei uma pesquisa sobre a evidência científica disponível sobre todas as temáticas inerentes à prestação de cuidados de enfermagem neonatais, uma vez que a aquisição do conhecimento teórico permitiu-me sentir mais autoconfiante no desempenho da prática clínica, fundamentando-a e partilhando-a com a restante equipa multidisciplinar e simultaneamente permitiu-me desenvolver as minhas habilidades e competências técnicas.

A UCIN é um serviço altamente complexo não só pelo equipamento específico e pelas terapias específicas que possui mas também pela gestão da instabilidade hemodinâmica do RNR, que requer um cuidado complexo e holístico (Batista et al., 2019). Nos últimos anos verificou-se um aumento do número de RNPT, com uma maior abrangência de idade gestacional, peso e maturidade fisiológica. Esses RN possuem características específicas dependendo do seu estágio de desenvolvimento. Estas indicam-nos as suas capacidades fisiológicas e físicas e o seu comportamento. A observação dos seus movimentos passivos, ativos, espontâneos e em resposta a estímulos possibilita a avaliação do seu estado neurológico (Hockenberry et al., 2018).

O RNPT dependendo da sua imaturidade, pode ser inativo e impassível, mantendo as suas extremidades em extensão, da forma como forem posicionados. A sua atividade reflexa é parcialmente desenvolvida, pelo que o reflexo de sucção, deglutição, tosse e vômito podem estar ausentes ou ser débeis. Outra característica destes RNPT é a sua pele, que dada a sua imaturidade fisiológica são incapazes de manter a temperatura corporal (Hockenberry et al., 2018).

A regulação térmica é um dos principais problemas do RNPT, sendo um dos grandes objetivos dos cuidados manter o RNPT com uma temperatura corporal entre 36,5°C e 37,5°C, dado o risco inerente de hipotermia e suas consequências, exceto situação especiais em que é necessário aplicar o protocolo de hipotermia controlada (Silva, Santos, Silva, et al., 2021; Sweet et

al., 2023). Após a admissão na UCIN os RN devem ser colocados em incubadoras humidificadas e aquecidas (entre os 36,5°C e os 37,5°C), reduzindo a humidade da mesma à medida que a integridade cutânea se for desenvolvendo. O contato pele a pele deve ser igualmente incentivado, sendo um meio eficaz para manter a temperatura corporal e para promover a vinculação e a amamentação (Sweet et al., 2023)

Os cuidados com a pele são por conseguinte essenciais dada a imaturidade cutânea do RNPT e o risco de desenvolver lesões inerentes ao uso de dispositivos, ao posicionamento e a abrasão pelo uso de adesivos (Silva, Santos, Silva, et al., 2021). O RNPT tem um maior risco de insuficiência de ácidos gordos essenciais o que se traduz numa pele mais eritematosa e descamativa, logo uma menor função de barreira de proteção. Ao referido associa-se as manipulações, a realização de procedimentos invasivos e a flora bacteriana diversa do ambiente o que contribui para o aumento da incidência de complicações e de sépsis. O cuidado à pele do RNPT tem como objetivo: manter a função de barreira, manter a absorção transcutânea e minimizar a perda de água. A manutenção da integridade cutânea é otimizada através: da vigilância diária da pele, da mudança de local dos sensores, da precisão no uso de adesivos, da troca de fralda, dos cuidados com o banho, da desinfeção do cordão umbilical, da alternância de decúbitos, da contenção, do agrupamento de cuidados e do controlo da dor e do desconforto (Feitosa et al., 2018).

A monitorização contínua de sinais vitais permite o acompanhamento constante do RNPT e a obtenção de forma contínua de informação que permite uma atuação rápida e a deteção precoce de complicações/agravamento do estado de saúde (Silva, Santos, Silva, et al., 2021). Esta é de suma importância dada a panóplia de equipamentos que os envolve desde: monitorização cardiorespiratória, sensor de emissão de dióxido de carbono, cateter arterial umbilical, entre outros (Sweet et al., 2023).

A ventilação é um dos focos de maior atenção na UCIN. A junção de um tórax flexível e da imaturidade pulmonar e do centro regulador faz com

estes se caracterizam por apresentar uma respiração irregular, com períodos frequentes de apneia e de hipoventilação (Hockenberry et al., 2018).

O síndrome de dificuldade respiratória (SDR) é a causa de maior falência respiratória no RNPT. A sua gravidade está relacionada com a sua idade gestacional, devido à imaturidade pulmonar que faz com que não seja produzido surfactante pulmonar de forma adequada. O seu tratamento consiste em fornecer à via aérea oxigenoterapia por pressão positiva de forma contínua desde os primeiros minutos de vida utilizando *prongs* ou máscaras binasais curtas, seguida da administração de surfactante nos RNPT que apresentem maior insuficiência e esforço respiratório. O objetivo será sempre minimizar o tempo sob tratamento invasivo com recurso a ventilação mecânica, uma vez que esta está associada ao desenvolvimento de displasia broncopulmonar e de hemorragia periventricular (Shi & Luca, 2019).

No que respeita à ventilação existem diversas alternativas de suporte de ventilação não invasiva, de forma a minimizar o uso de ventilação invasiva e os riscos inerentes à mesma. A ventilação não invasiva com pressão contínua positiva na via aérea (CPAP) é a mais comumente utilizada. Esta permite aumentar a capacidade residual pulmonar, otimizando a oxigenação, diminuindo as apneias e o esforço respiratório. É necessário ter especial atenção aos interfaces, devendo ser vigiada a integridade cutânea, prevenindo o aparecimento de lesões por pressão e a anatomia facial pelo risco de distorção e trauma nasal (Biazus et al., 2023; Shi & Luca, 2019). A alternância entre máscara nasal e *prongs* permite reduzir a incidência de forma moderada a elevada de lesão, em comparação com o uso contínuo de um só destes tipos de dispositivos (Magalhães et al., 2022).

A ventilação não invasiva de alto fluxo oscilatória é utilizada em RNPT que necessitam de um fluxo de alta pressão de oxigenoterapia contínuo que provoca a expansão pulmonar constante juntamente com oscilações sobrepostas à respiração corrente espontânea sem necessidade de sincronização (Shi & Luca, 2019; Silva et al., 2019).

Atualmente é também utilizada a oxigenoterapia por cânula de alto fluxo como uma alternativa à utilização de CPAP em RNPT com mais de 28 semanas. Esta além de provocar um menor trauma nasal permite uma melhor sincronização com a respiração do RNPT, sendo recomendada como a primeira linha de terapêutica (Sweet et al., 2023). Este caracteriza-se pelo fluxo de uma mistura de oxigénio e de ar humidificado aquecido pelo nariz através do uso de cânula de alto fluxo. A humidade favorece a atividade ciliar e diminui a viscosidade das secreções, por sua vez, o aquecimento diminui a probabilidade de ocorrência de broncoespasmo causado pelo frio. Esta terapia gera uma pressão positiva contínua na via aérea diminuindo o espaço morto e otimizando a capacidade residual funcional (Rosa et al., 2017).

A ventilação não invasiva pode não ser eficaz pelos seguintes motivos: apneia, obstrução da via aérea e agravamento do estado clínico (SDR) (Shi & Luca, 2019). Pelo que cerca de metade dos RNPT necessitam de ventilação mecânica importando neste caso minimizar o risco de lesão pulmonar iatrogénica. O objetivo deste tipo de ventilação é fornecer oxigenação através de volumes pulmonares ideais, evitando hiperdistensão e atelectasia (Sweet et al., 2023). Esta requer igualmente a realização de procedimentos como aspiração endotraqueal, ajuste de parâmetros ventilatórios e o posicionamento do RN (Fogaça et al., 2021).

O óxido nítrico inalado é outra das terapias utilizadas em RN de termo quando ocorre insuficiência respiratória hipoxémica com hipertensão pulmonar. Esta pode ainda ser utilizada em RNPT com asfixia no parto e hipertensão pulmonar documentada com esforço respiratório grave (Sweet et al., 2023).

Em suma, no que respeita à insuficiência respiratória aguda no RN, o CPAP é o método inicial de abordagem. Quando este não detém o efeito desejado e existe um agravamento do SDR no RN, procede-se à ventilação mecânica invasiva (VMI). O modo ventilatório é selecionado de acordo com o peso, a idade gestacional e a condição clínica do RN, de forma a otimizar as trocas gasosas e a diminuir o esforço respiratório. À medida que o RN melhora o seu *status* respiratório, os parâmetros ventilatórios são reduzidos de forma

gradual, procedendo-se ao desmame do mesmo. A presença de um tubo orotraqueal provoca o aumento da produção de secreções, dada a irritação da mucosa e inibe a capacidade de mobilizar secreções dada a supressão do mecanismo mucociliar e do reflexo de tosse. Consequentemente é necessário a aspiração endotraqueal prevenindo a acumulação de secreções e a obstrução da via aérea artificial. A VMI requer vigilância e cuidados contínuos, dadas as morbidades, os riscos e as complicações inerentes à mesma pelo que o EEESIP desempenha um papel essencial no cuidado ao RN (Alcântara, 2023).

Atualmente utiliza-se a ventilação sincronizada para o suporte ventilatório uma vez que esta permite uma maior estabilidade de oxigenação e hemodinâmica, promove o conforto e diminui o tempo de suporte ventilatório invasivo, por ser mais fisiológica para o RN, respeitando o seu esforço respiratório inspiratório e expiratório (Alcântara, 2023).

O correto posicionamento do RNR é outra das atividades frequentemente desempenhadas na UCIN. Este visa proporcionar bem-estar, promover a segurança dos cuidados (minimiza o risco de morte súbita, de úlcera de pressão e de refluxo gastroesofágico (RGE)), otimizar a função respiratória e cardíaca, beneficiando a atividade funcional e motora espontânea do RNR, promovendo o desenvolvimento neuropsicomotor do mesmo (Fogaça et al. 2021). A adoção de um posicionamento potenciador do desenvolvimento neuromotor diminui o stresse a que o RN está sujeito. Este caracteriza-se por manter um posicionamento semelhante ao intrauterino, no qual existe o alimento da cabeça, pescoço e tronco e a flexão dos membros superiores e inferiores. Este tipo de posicionamentos potencia o alinhamento e a simetria das articulações, suporta o desenvolvimento neuromuscular, promove a estabilidade fisiológica, a autorregulação e a organização comportamental (Yun & Kim, 2022).

Os cuidados prestados ao RNPT podem-lhe causar muito stresse e desconforto, pela interrupção do sono, excessiva manipulação, ruído elevado, luminosidade excessiva. Importa neste contexto adotar protocolos e cuidados

específicos de forma a diminuir as complicações inerentes aos cuidados de enfermagem e zelar pela não-maleficência. O risco de infeção, apneia, hipoxia, hipertensão intracraniana e alteração do fluxo cerebral são alguns exemplos de possíveis complicações inerentes à prestação de cuidados (Silva, Santos, Silva, et al., 2021).

A manipulação do RNPT deve ser efetuada de forma suave, lenta e modular, mantendo as suas extremidades fletidas e contidas de forma, a promover a sua autorregulação. A manipulação prolongada ou repetida deverá ser efetuada em casos de extrema necessidade, uma vez que aumenta o stresse, interfere com o sono e com o ganho de peso, podendo originar alterações neurológicas significativas. Os cuidados prestados devem ser agrupados, evitando desta forma a exaustão do RNR, pelo aumento do gasto energético gerado pela dor que experienciam. Quando tal não é possível, no final da realização dos procedimentos, estes demonstram instabilidade fisiológica (bradicardia, taquicardia, dessaturação e apneia) ou comportamental (hipotonia, fadiga e dificuldade em adormecer) (Fogaça et al., 2021).

No RNPT, dada a sua imaturidade, existe um desequilíbrio na quantidade de neurotransmissores, prevalecendo os excitatórios aferentes de dor e escasseando os descendentes inibitórios, pelo que quando é exposto a estímulos nocivos, o RNPT apresenta maior sensibilidade e intensidade de dor do que os restantes (Hatfield et al., 2019).

Importa reconhecer a individualidade e a variabilidade da dor de cada RN, a qual é percecionada através das suas manifestações fisiológicas e das respostas comportamentais aos cuidados que lhe são prestados. O EEESIP detém um papel preponderante na gestão diferenciada do controlo da dor através das medidas farmacológicas e não farmacológicas. O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem refere como uma competência especializada. O padrão de qualidade proposto para o EEESIP é o de maximizar o bem-estar da criança e da sua família devendo adotar todas as estratégias ao seu alcance para prevenir e controlar a dor em todos os contextos que possam provocar dor

física e/ou emocional (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

A avaliação da dor em pediatria é multifatorial, uma vez que engloba as características da criança, a forma como esta responde ao procedimento doloroso e o contexto em que ocorre. Esta deve ser avaliada através de instrumentos válidos, seguros, clinicamente sensíveis, de forma contínua e sistemática, desde o primeiro contacto com a criança e pelo menos uma vez por turno. De acordo com a idade e por ordem de prioridade é recomendado pela Direção Geral da Saúde (DGS) a utilização das seguintes escalas na UCIN: Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN), Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), Premature Infant Pain Profile (PIPP) e Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010).

Perante a realização de um procedimento doloroso, o EEESIP deve ajustar a sua ação de acordo com as características do RN devendo utilizar, de forma combinada estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. No RN podem ser adotadas as seguintes estratégias não farmacológicas de alívio da dor: presença dos pais, embalo, carícias, sucção não nutritiva, diminuição do ruído/luminosidade, agrupamento de cuidados, contenção, massagem, som/canções de embalar, o método canguru, o aleitamento materno e a sacarose a 24% (OE, 2013; Santos et al., 2021). O estudo efetuado por Hatfield et al. (2019) enuncia a gestão do ambiente (identificando, diminuindo e eliminando as fontes potenciais de stresse, os fatores despoletantes de dor e os estímulos negativos), a contenção, a sucção não nutritiva com sacarose, o método canguru e o uso de opióides e benzodiazepinas (procedimentos mais dolorosos) como estratégias eficazes no controlo da dor do RNR (Hatfield et al., 2019).

O ambiente da UCIN expõe o RNPT a um conjunto de fatores de stresse: o excesso de luminosidade, de ruído e de manipulações o que provoca alterações no correto desenvolvimento cerebral e sensorial uma vez que, devido à sua imaturidade este tem dificuldade em se adaptar a todo este excesso de estímulos. O agrupamento de cuidados funciona não só como uma

estratégia de controlo da dor mas também como uma prática de cuidados neuroprotetora e humanizada, que em conjunto com as restantes estratégias de gestão do ambiente reduzem as complicações e as sequelas no neurodesenvolvimento a curto e a longo prazo (Tenesaca et al., 2022).

O ambiente acústico da UCIN é regra geral, prejudicial para o neurodesenvolvimento do RNPT, uma vez que é rico em sons agudos, intensos, desorganizados e imprevisíveis. Tal parece contribuir para as alterações neurocognitivas dos RNPT, provocar défices de atenção e alterações nas capacidades precoces de comunicação a longo prazo (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2018). A curto prazo o ruído elevado pode: alterar a respiração (apneia, hipoxia) e a frequência cardíaca (taquicardia) e consequentemente aumentar o gasto energético diminuindo as calorias disponíveis para o crescimento; aumentar a pressão intracraniana; provocar alterações comportamentais repercutindo-se no sistema neuroendócrino e imunológico (SPN, 2018). Por conseguinte, devem ser adotadas estratégias de prestação de cuidados centrados no desenvolvimento do RNPT, adequadas às suas capacidades e expectativas sensoriais, gerindo o ruído da UCIN de forma a que este seja igualmente exposto a estímulos neurosensoriais adequados como o som da voz da sua mãe (SPN, 2018).

Na prática de cuidados podem ser adotadas estratégias como: silenciar os alarmes o mais célere possível, manter os telemóveis em modo silencioso, evitar ter impressoras, rádios e televisões na área de internamento, minimizar as interrupções de sono, diminuir o ruído causado na recolha de lixos e na lavagem das mãos, cobrir as incubadoras com cobertas acolchoadas e fechar as suas portas de forma cuidadosa, não colocar objetos em cima das incubadoras, ter o máximo de cuidado na manipulação das rampas de oxigénio e de ar comprimido dos ventiladores, oferecer apenas um estímulo sensorial de cada vez, não conversar nem passar o turno junto das incubadoras, informar os pais da importância da minimização do ruído e usar *prongs* adequados à anatomia do nariz de forma a minimizar as fugas de oxigénio (SPN, 2018). Aquando da realização do estágio na UCIN existia um sonómetro com

sinalização luminosa para alertar os profissionais quando o ruído estava em níveis superiores aos desejáveis.

Outro dos grandes focos de atenção na UCIN é o ganho de competências orais para alimentação no RNPT. A transição da alimentação por sonda para a alimentação oral é um processo contínuo e lento que exige que o RNPT possua autonomia respiratória, desenvolvimento fisiológico e capacidade de coordenação da sucção, deglutição e respiração. O início da alimentação oral no RNPT depende de fatores como: peso, idade gestacional, estabilidade hemodinâmica, coordenação da sucção, deglutição e respiração e envolvimento no processo de alimentação (Lyu et al., 2020; Neto, 2014).

Inerente a todo este processo, é a capacidade de organização do RNPT que está diretamente relacionada com a sua autorregulação. Als et al. (1996) as cited in Neto (2014) enunciam que podemos considerar que um RNPT está organizado se se conseguir manter autorregulado, demonstrando um comportamento semelhante ao anterior à estimulação. Se este apresentar um comportamento de desconforto ao estímulo, é considerado desorganizado. Deverá ter-se em especial atenção na observação do RNPT os

“sinais de stresse ou de sofrimento (movimentos assimétricos dos braços, choro, esgares, movimentos da cabeça), aos diferentes estados comportamentais (sono ativo, sono calmo, sonolento, alerta ativo, alerta calmo e choro) e às tentativas de autorregulação (chupar, mudanças de posição, reflexo de preensão palmar, agarrar e fechar os olhos)” (Als et al., 1996, as cited in Neto, 2014, p.21).

O reflexo de sucção é um comportamento maduro, dada a descoordenação e inabilidade fisiológica e neurológica que caracteriza os RNPT, estes necessitam de ser alimentados por sonda gástrica durante longos períodos de tempo, o que atrasa o desenvolvimento das suas habilidades para a alimentação oral competente. O reflexo de deglutição engloba uma coordenação adequada dos músculos da boca, palato, faringe e esófago,

sendo igualmente um processo complexo (Neto, 2014). A coordenação destes dois reflexos ocorre a partir das 32 a 34 semanas e a coordenação da sucção, deglutição com a respiração só ocorre a partir das 37 semanas de gestação (Mathew, 1988; Bu'Lock et al., 1990 as cited in Pickler, 2004; Amaizu et al., 2008, as cited in Neto, 2014).

O processo de transição da alimentação por sonda para a via oral é influenciado pelo método de estimulação sensoriomotora, pelo posicionamento do RNPT (contido com posicionamento à linha média) e a experiência do cuidador. A existência de dispositivos na face do RNPT impossibilita o contacto das mãos com a boca podendo ter um impacto negativo no desenvolvimento oro motor, dada a necessidade de experiências ambientais adequadas promotoras da coordenação destes reflexos. Neste sentido é basilar que o RNPT seja exposto a experiências sensoriais e motoras adequadas, aquando do período essencial de desenvolvimento cerebral. O treino de competências de alimentação oral deve ser iniciado quando o RNPT tem uma idade gestacional superior a 33 semanas, está estável a nível fisiológico, tem reflexo de sucção e de deglutição, demonstra sinais de prontidão e de fome, está desperto e autorregulado. Estas competências podem ser estimuladas através da sucção não nutritiva, da amamentação e do método canguru. Deverá igualmente ser efetuado um planeamento dos cuidados a serem prestados de forma a preservar energia necessária à realização desta tarefa e a gestão do ambiente (Neto, 2014). O EEESIP deve criar um plano individualizado de acordo com as características, as necessidades e as competências de cada RNPT, promovendo a transição para a alimentação oral de forma adequada.

Associado ao suprarreferido, acresce o facto de que quanto menor for a idade gestacional do RN menor será a produção de enzimas gástricas e de fatores crescimento e mais imaturo será o sistema nervoso autónomo entérico. Tal traduz-se num maior período para restabelecer a motilidade intestinal, atraso no esvaziamento gástrico e/ou peristaltismo reverso, distensão abdominal e aumento do crescimento bacteriano. Assim sendo, é recomendado o leite materno, como a primeira opção na alimentação do RNPT. Enquanto hospital amigo dos bebés, este deve promover a política de aleitamento

materno ao incentivar a mãe a extrair leite materno nas primeiras três a seis horas após o parto, promover a formação contínua da equipa multidisciplinar neste âmbito para empoderar e capacitar os pais nesta área. O uso de chupeta é permitido para os RNPT durante a alimentação entérica, uma vez que estimula a manter o reflexo de sucção, melhora a digestão, proporciona conforto e promove a organização neurocomportamental (Pereira-da-Silva et al., 2023a). A segunda opção de alimentação destes RNPT é o leite humano proveniente de dadora. A última opção é o leite artificial pré-termo que suprime todas as necessidades nutricionais. É recomendado que seja iniciada a alimentação do RNPT nas primeiras 24h pós-natal, com pequena quantidade de leite materno (colostró) (Pereira-da-Silva et al., 2023a, 2023b).

Outra questão que gera controvérsia e para a qual ainda não existe uma recomendação específica é a colocação da sonda para a alimentação entérica do RNPT ser oro ou nasogástrica. É referido nesta *guideline* da SPN que a opção por uma via ou outra será da responsabilidade dos profissionais. A via nasogástrica apresenta como desvantagem a maior resistência da via aérea, pela sua obstrução. Enquanto a via orogástrica pode provocar estimulação vagal e bradicardia devido a movimentos do tubo na hipofaringe. Relativamente a alimentação por bólus ou contínua não existe igualmente consenso. A alimentação por bólus é mais fisiológica, pois são libertadas hormonas gastrointestinais aquando da alimentação que estimulam a maturação e a motilidade intestinal, contudo aumentam o gasto energético o que se pode repercutir no crescimento. Na alimentação contínua, o tempo para atingir a totalidade da alimentação é maior e tem o inconveniente da gordura aderir à parede da sonda o que se traduz no risco de um menor teor energético (Pereira-da-Silva et al., 2023b).

A amamentação apresenta uma série de benefícios para o RNPT ao nível imunológico, nutricional e do neurodesenvolvimento. O leite materno detém um papel preponderante no ganho ponderal, reduz a taxa de incidência de intolerância alimentar e de enterocolite necrotizante, reduz o tempo de internamento, beneficia a cognição e o desenvolvimento até à adolescência (Gomes et al., 2021).

No RNPT todos os sistemas anatómicos podem ser imaturos, o que influencia a sua adaptação à vida extrauterina e o expõe a complicações, aumentando o seu risco de mortalidade e de morbilidade, como consequência do seu incompleto desenvolvimento fetal e da sua suscetibilidade aumentada a infeções (Gomes et al., 2021).

O risco de infeção nosocomial no RNPT é maior dada a sua prematuridade, possibilidade de doença coadjuvante, infeções sistémicas, patologia congénita, monitorização invasiva, antibioticoterapia, omissão na desinfeção/esterilização e a realização de várias técnicas e procedimentos de tratamento. O EEESIP é o principal responsável pelos cuidados ao RNPT, pelo que as suas mãos constituem veículos de transmissão de microrganismos patogénicos. A correta higienização das mãos é um fator basilar na prevenção da disseminação de microrganismos hospitalares. Na prestação de cuidados devem ser adotadas as normas de boas práticas associadas ao cumprimento das normas de controlo de infeção, visando a prevenção da ocorrência de infeções hospitalares (Gulia et al., 2022).

Na UCIN na qual realizei o estágio são desempenhadas algumas técnicas e procedimentos específicos ao RNPT, como por exemplo a colocação de cateter central de inserção periférica, que requer um ambiente o mais asséptico possível e o protocolo de hipotermia para situações específicas.

A colocação de cateter venoso central de inserção periférica é um procedimento da responsabilidade do enfermeiro em colaboração com o médico. Tal requer formação específica neste domínio, mas é da responsabilidade do enfermeiro a sua colocação (punção) e a otimização do mesmo. A otimização deste tipo de cateter é diferente dos restantes, devendo ser efetuada com norma asséptica, com *flushing* pulsátil de cloreto de sódio 0,9% a cada seis horas, utilizando um volume de 0,5ml a 1ml numa seringa de 10ml ou de maior volume. A adoção da técnica de *flushing* pulsátil deve-se ao facto de esta ser mais eficaz na remoção de detritos que se acumulam nas paredes do cateter ao gerar um fluxo turbilhonado. Deve ser vigiado diariamente a ocorrência de sinais de infeção (Pereira et al., 2020).

A troca do penso oclusivo deve ser efetuada de forma asséptica a cada sete dias ou sempre que este estiver descolado, sujo ou humedecido de forma a prevenir a infeção. Após a colocação do mesmo a primeira otimização deverá ser efetuada às 48h. A desinfeção da pele do RNPT deve ser efetuada apenas com clorohexidina para RNPT com peso inferior a 1500gr e para RNPT com peso superior pode ser efetuada com clorohexidina em solução alcoólica superior a 0,5%. Se não existir estas soluções pode ser efetuada com iodopovidona ou álcool a 70%. Durante todo o procedimento deve ser mantida vigilância constante da pele pelo risco de irritação e/ou queimadura. A desinfeção do conector deve ser efetuada durante 10 segundos aquando da utilização e na otimização deve ser efetuada a troca do mesmo, prevenindo a colonização extraluminal (Pereira et al., 2020).

A utilização deste tipo de acessos permite diminuir o número de punções para a colocação de acessos venosos dada a sua maior durabilidade, promove a segurança dos cuidados dado o menor risco de ocorrência de eventos adversos e o conforto do RNPT ao diminuir o número de procedimentos dolorosos. Contudo, tal requer que os enfermeiros tenham formação específica nesta área e que seja efetuada formação contínua sobre a mesma, tanto ao nível do conhecimento teórico como prático, uma vez que atualmente é a segunda opção de colocação de acesso no RNPT, seguindo-se à cateterização umbilical (Mena et al., 2019).

Outro contexto específico com o qual pude contactar foi com a hipotermia terapêutica. Este tratamento é especialmente utilizado em situações de encefalopatia hipóxico-isquémica (EHI), sendo o processo de hipoxia-isquémia o principal responsável pelas manifestações de encefalopatia neonatal. Este síndrome heterogéneo caracteriza-se pelo surgimento de sinais de disfunção do sistema nervoso central, que se podem expressar em diversos graus, através da “alteração do estado de consciência, dificuldade alimentar, depressão respiratória, alteração do tónus, dos reflexos e convulsões” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2023, p.1). É uma causa importante de mortalidade e morbidade, uma vez que a lesão celular resulta da ocorrência de processos sucessivos de hipoxia-isquémia-reperfusão-

inflamação, que se iniciam após a ocorrência do evento isquémico (SPN, 2023).

A hipotermia terapêutica (HT) possibilita a diminuição do risco de morte e de morbidade no neurodesenvolvimento (SPN, 2023). A sua eficácia é tanto maior quanto mais cedo for iniciada. Importa ressaltar que apesar da adoção desta terapêutica, muitas crianças mantêm sinais de compromisso neurológico como por exemplo: paralisia cerebral. Este procedimento aplica-se a RN com índice de Apgar baixo aos 10 minutos de vida, com acidose grave, ou que exibam convulsões ou encefalopatia (SPN, 2023).

A aplicação deste protocolo requer da parte da equipa de enfermagem uma série de conhecimentos e competências específicas não só aquando da admissão do RN na UCIN mas também na sala de partos e no transporte para uma UCIN diferenciada. Na ocorrência de uma das situações acima referidas e quando se assume que o RN cumprirá protocolo de HT deverão ser desligadas todas as fontes de calor, mantendo-se o RN apenas com fralda, deve ser monitorizada a temperatura retal de forma contínua ou intermitente a cada 20 minutos, pretendendo-se um intervalo entre 33°C e 34°C, deverá ser efetuada a cateterização umbilical e/ou colocado um acesso venoso periférico. Já na UCIN diferenciada, para cumprir protocolo HT o aparelho de hipotermia deverá ser colocado a 33,5°C, deve ser efetuada a avaliação inicial do RN e colocado sobre o fato de HT e iniciados os procedimentos gerais: monitorização cardiorrespiratória, avaliação neurológica segundo a escala de *Thompson*, colocação de sonda térmica retal (deverá ser fixada à nádega com adesivo numa posição correspondente aos cinco/seis centímetros de introdução) e vesical e otimizar os cateteres umbilicais/venoso periférico. Se a temperatura aquando da admissão for inferior a 33°C deverá ser efetuado o aquecimento progressivo até 33,5°C de forma gradual exceto em casos de hipotermia grave (<32°C) (SPN, 2023).

Os registos de enfermagem são essenciais na monitorização deste RN, devendo ser registado como minuto zero do início de hipotermia induzida, o momento em que se atinge de forma consistente os 33°C-34°C independente

se foi alcançado de forma ativa ou passiva, ou no transporte ou na UCIN. É necessário estar alerta durante o cumprimento deste protocolo à necessidade de aspiração de secreções do RN uma vez que estas se tornam mais espessas, às alterações hemodinâmicas (bradicardia, taquicardia e hipotensão), ao registo de diurese (risco de retenção urinária dada a sedoanalgesia) e do balanço hídrico. A alimentação destes RN deverá ser ajustada às necessidades do mesmo podendo ser efetuada por via entérica ou parentérica. A HT é um procedimento que implica desconforto para o RN devendo ser implementadas medidas não farmacológicas de alívio da dor durante todo o procedimento, como por exemplo: presença e envolvimento dos pais no cuidado, toque, sucção não nutritiva e colostroterapia (SPN, 2023).

O protocolo de HT termina às 72h após ser iniciado independentemente da evolução clínica, procedendo-se em seguida ao reaquecimento progressivo do RN. Este deve ser realizado a um ritmo de “0,1-0,4°C/h até aos 36,5-37,0°C de temperatura rectal” (SPN, 2023, p.17). A velocidade de reaquecimento é individualizada a cada RN, uma vez que podem surgir complicações aquando do mesmo, como por exemplo instabilidade hemodinâmica ou convulsões que implicam que este se efetue de forma mais atenuada (SPN, 2023).

O prognóstico destes RN continua a ser desafiante pela necessidade de se capacitar os pais e de se efetuar uma abordagem precoce dirigida aos problemas identificados, ajustando os cuidados que são prestados. Estes RN necessitam de um seguimento mais constante e contínuo uma vez que muitos desenvolvem défices ao nível neurológico, motor, sensorial, cognitivo e comportamental, sendo fulcral intervir precocemente de forma dirigida, apoiando a família no desenvolvimento do seu papel parental (SPN, 2023).

A gestão do ambiente é preponderante no cuidado ao RNPT pelas razões já suprarreferidas, pelo seu impacto no neurodesenvolvimento e dada a sua relação com a prestação de cuidados humanizados (Jiménez-Palomares et al., 2021; Leite et al., 2020). O acolhimento da família no serviço é uma das estratégias a adotar uma vez que minimiza os aspetos negativos, os medos, as

angústias e frustrações promovendo a ligação da família do RNPT à equipa multidisciplinar. A comunicação é basilar, visto que através do diálogo, da empatia e do esclarecimento de dúvidas é possível diminuir o sentimento de incerteza, de insegurança, de stresse e de desespero (Leite et al., 2020).

A humanização do tratamento destes RNR é de suma importância. O suporte emocional oferecido aos pais, com o intuito de proporcionar um ambiente acolhedor, orientar e fornecer informações clínicas sistemáticas e, incentivar o contato pele a pele (método canguru) permite reduzir os níveis de stresse e ansiedade dos mesmos (Corrochel et al., 2021; Galeano & Maya, 2023). O método canguru consiste em colocar em contacto pele a pele, no tórax da mãe/pai o RN. Esta técnica promove: a estabilidade térmica e hemodinâmica, o aumento ponderal, o aleitamento materno, a autonomia parental no cuidado ao RNR, o crescimento e o desenvolvimento cognitivo e motor do RN, a estimulação sensorial, a vinculação e a diminuição do tempo de internamento (Carvalho et al., 2021; Gomes et al., 2021; Nietzsche et al., 2020).

A parceria de cuidados deve igualmente ser estabelecida com os pais, sendo estes parceiros no cuidar, potencializando a sua consciencialização sobre a necessidade da realização de determinados procedimentos e técnicas e fomentando a vinculação entre a família e o RNR (Jiménez-Palomares et al., 2021; Leite et al., 2020; Fogaça et al., 2021).

O internamento do RN na UCIN incita stresse, angústia e desespero nos seus pais. Na literatura são referidas como estratégias de suporte à família do RN: prestação de cuidados de conforto ao RN, disponibilização de informação concreta sobre o estado de saúde e de grupos de pares para a partilha de experiências, partilha de informação sobre os cuidados ao RN com os seus pais/família no que respeita a hábitos e rotinas para que estes as mantenham no domicílio após o regresso a casa, estabelecer uma relação empática e de escuta ativa (ouvindo todos os receios dos pais), promover uma comunicação terapêutica (encorajando, reforçando e dando *feedback*), estabelecer uma parceria de cuidados com os pais no cuidado ao RN e na preparação do regresso a casa. Im & Oh (2021) referem como estratégia de

suporte do RN após o regresso a casa, a disponibilização de folhetos com informação sobre as competências parentais e os cuidados ao RN, as comunidades *online*, os programas de seguimento no domicílio e o contacto telefónico. Estes concluíram que ao aumentar o sentimento de autoconfiança da mãe nos cuidados ao RNPT no domicílio, os indicadores de saúde do RN são igualmente potencializados (Galeano & Maya, 2023; Im & Oh, 2021).

A preparação do regresso a casa do RNPT é um processo complexo, individualizado, contínuo, relacional, dinâmico e multidimensional. Este permite que os pais adquiram os conhecimentos e as competências necessárias para cuidar do RNPT em casa, prestando cuidados diferenciados de acordo com as necessidades inerentes à sua prematuridade e vulnerabilidade. Este processo é gradual e inicia-se desde que a criança é admitida na UCIN, desenvolvendo-se de acordo com a evolução do RNPT, da adaptação dos pais à situação e à mestria no processo de transição considerando as características individuais, familiares, sociais e culturais. Pressupõem que os pais adquiram confiança, segurança e se sintam empoderados no cuidado ao seu filho (Galeano & Maya, 2023; Silva et al., 2020; Zakaria et al., 2020).

O suporte social é de suma importância no que respeita a estas famílias devendo envolver-se a família da criança sempre que é possível aquando da preparação do regresso a casa para que também estes adquiram os conhecimentos e as competências necessárias, uma vez que os pais sentem maior confiança a delegar os cuidados quando este ensino é efetuado pelos profissionais de saúde do que por si. Pretende-se através desta aquisição de competências pelos pais/conviventes significativos da criança a promoção do seu crescimento e desenvolvimento de forma adequada, a diminuição do número de reinternamentos e de consultas, diminuição do tempo de internamento e dos níveis de stresse e ansiedade parentais (Galeano & Maya, 2023; Silva et al., 2020; Zakaria et al., 2020). Alguns fatores podem limitar este processo como por exemplo: as questões sociais no que respeita ao nível económico da família, o seu tempo de permanência na UCIN, a existência de limitações cognitivas e a inexperiência materna; ao nível relacional a comunicação e relação que se estabelece com a família, e ao nível do serviço

da UCIN os rácios profissionais, a sobrecarga de cuidados, as instalações e a necessidade de formação contínua da equipa (Silva et al., 2020).

O modelo de CCF e a humanização dos cuidados são pilares essenciais para que todo este processo se desenvolva da melhor forma, uma vez que incitam o envolvimento dos pais nos cuidados ao RNPT, sob supervisão do enfermeiro e conseqüentemente a vinculação, a ligação e o desenvolvimento do papel parental, promovendo o seu empoderamento e a comunicação baseada na reciprocidade e no respeito. A preparação do regresso a casa do RNPT envolve mais do que a capacitação dos seus pais, implica que estes façam adaptações no domicílio relacionadas com as necessidades da criança no que respeita a necessidades de cuidado, espaço, condições físicas, temperatura, higiene entre outros. Pressupõe que sejam englobadas as seguintes temáticas: informação geral sobre prematuridade, cuidado relacionado com o contacto pele a pele (método canguru), aleitamento materno, alimentação do RNPT no domicílio, higiene, cuidados gerais e específicos, sinais de alarme, reanimação e preparação da transição para o domicílio (Galeano & Maya, 2023; Zakaria et al., 2020). Silva et al. (2020) propõem por sua vez, que sejam abordados as seguintes temáticas no ensino aos pais: sono, higiene, alimentação, cuidados com a pele e sinais de alerta.

No que respeita à informação geral sobre prematuridade os pais devem ser informados sobre as causas, os riscos e as implicações para que se consciencializem e se envolvam sobre a necessidade da manutenção dos cuidados a serem prestados no domicílio dada a vulnerabilidade do RNPT. Importa ainda informá-los sobre a diferença entre idade gestacional e idade corrigida, a aparência, o comportamento, termorregulação, necessidades nutricionais, aquisição de competências orais e estratégias de estimulação, características fisiológicas resultantes da imaturidade dos órgãos e sistemas e suscetibilidade a infeções (Galeano & Maya, 2023).

Quanto ao contacto pele a pele através do método canguru, os pais devem ser incentivados a realizá-lo tanto no hospital como no domicílio, uma vez que através do calor proveniente do corpo do cuidador é diminuído o gasto

energético dispendido pelo RNPT na sua termorregulação, centrando-o no seu crescimento e desenvolvimento, aumentando o seu ganho ponderal. O contacto com a respiração e o batimento cardíaco do seu cuidador permite estimular a respiração do RNT e a vinculação (Galeano & Maya, 2023).

O aleitamento materno é defendido como o alimento de eleição para o RNPT dadas as características do leite materno e a sua função de imunidade natural. No ensino aos pais deve ser reforçado a sua importância, as vantagens, as estratégias de extração, estimulação e conservação e as técnicas de alimentação oral do RNPT para que estes as possam utilizar na alimentação do RNPT no domicílio (Galeano & Maya, 2023; Silva et al., 2020). Durante o internamento na UCIN os pais devem ser ensinados sobre estratégias de estimulação da sucção, medidas antirefluxo e procedimento a adotar em situações de engasgamento (Galeano & Maya, 2023).

Quanto aos cuidados gerais e de higiene os pais devem ser informados da necessidade da troca de fralda frequente, minimizando a humidade da pele e mantendo a sua integridade e o banho com duração curta de forma a minimizar as perdas de calor (Galeano & Maya, 2023). Deve ainda ser englobado o ensino sobre cuidados ao coto umbilical, cuidados com a roupa (Silva et al., 2020) e cuidados de higiene oral e nasal (Galeano & Maya, 2023). Estes últimos são essenciais uma vez que o RNPT respira maioritariamente pelo nariz e qualquer obstrução deste poderá causar alguma alteração na parte respiratória (Galeano & Maya, 2023). No que respeita ao sono, os pais devem ser informados do posicionamento do RNPT no berço e da sua elevação (Silva et al., 2020).

Os cuidados específicos à prematuridade abordam o ensino sobre áreas específicas de cuidados inerentes a consequências da prematuridade como por exemplo: uso de oxigenoterapia no domicílio, administração de medicação (ensino sobre preparação e efeitos secundários), cuidados com ostomias, feridas, entre outros. Na abordagem sobre sinais de alarme devem ser ensinados os pais a reconhecer qualquer sinal de alarme que indique que algo não está bem, antecipando complicações (Galeano & Maya, 2023). A

respiração, a temperatura, os sinais de instabilidade funcional e as particularidades fisiológicas de cada RNPT devem ser abarcadas na abordagem desta temática (Silva et al., 2020). A informação inerente a cuidados de reanimação só deverá ser dada aos pais de crianças que corram este risco no domicílio e corresponde a informação sobre as manobras de reanimação em caso de paragem cardiorrespiratória (Galeano & Maya, 2023).

A transição e a chegada a casa engloba a preparação do espaço físico da casa, incluindo disposição dos aparelhos e dos elementos para os cuidados ao RNPT, a confirmação da compatibilidade de comparência em todas as consultas de seguimento e logística inerente ao cuidado do RNPT. Devem ser incentivados os pais a exprimir todas as emoções, sentimentos e dúvidas de forma a promover a sua autoconfiança (Galeano & Maya, 2023).

O enfermeiro é o principal responsável por todo este processo, uma vez que é quem planeia, executa e ajusta todos os ensinamentos efetuados aos pais de forma a capacitá-los e conseqüentemente, a promover o crescimento e desenvolvimento adequados do RNPT no domicílio e a satisfação parental/familiar. É igualmente o responsável pelo suporte oferecido aos pais, no que respeita à sua adaptação à situação, à utilização de estratégias de enfrentamento e à apropriação dos cuidados à cultura destes. Aquando do ensino aos pais devem ser adotadas estratégias de escuta ativa, *feedback* positivo (palavras de encorajamento e de motivação) e disponibilização de folhetos informativos, vídeos, aplicações e conteúdos virtuais. Importa ressaltar que os pais observam todos os cuidados que o enfermeiro presta ao RNPT pelo que aprendem através desta observação e não só nos momentos formais de ensino (Galeano & Maya, 2023). Este processo de ensino deve ser planeado, sistematizado e estruturado para que não haja omissão de nenhum ensino, para não aumentar o seu stress e insegurança e sobretudo para rentabilizar o tempo e recursos disponíveis. Todos os ensinamentos efetuados devem ser registados no processo clínico do RN (Silva et al., 2020).

O cuidado desempenhado pelo EEESIP na UCIN abrange não só competências técnicas e cognitivas, mas também comportamentais, afetivo-

emocionais e intencionais (Corrochel et al., 2021). Este presta um cuidado holístico, individualizado e assertivo (Silva, Santos, Silva, et al., 2021). O EEESIP detém um papel essencial na UCIN, não só pelos cuidados técnicos que requerem conhecimentos e competências específicas mas também pelos cuidados complexos que são prestados ao RNR em parceria com a sua família. A prática de um cuidado humanizado é fundamental, minimizando a ansiedade e os medos dos pais, envolvendo-os nos cuidados e dotando-os de conhecimentos e de competências, construindo a sua autoconfiança e reestruturando o seu papel parental (Gomes et al., 2021).

A **segunda competência** enunciada no regulamento de competências específicas do EEESIP refere-se a “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (DR, 2018, p. 19192). Esta competência engloba a mobilização oportuna de recursos, para cuidar da criança/família em contextos específicos e exigentes, dada a sua complexidade, recorrendo a diversas abordagens e terapias (DR, 2018). Neste relatório será implementada apenas em relação ao RNR/RNPT e à sua família.

Esta engloba cinco unidades de competência. A primeira implica identificar situações de instabilidade das funções vitais e risco de vida e prestar os cuidados de enfermagem apropriados. De forma a atingir esta unidade de competência defini como objetivos:

- Aplicar a evidência científica na prática clínica;
- Identificar focos de instabilidade no RNR e prestar cuidados antecipatórios;
- Conhecer o local e o material disponível na UCIN de reanimação e a sua localização;
- Efetuar pesquisa bibliográfica sobre a humanização da morte na UCIN e sobre o processo de luto e proporcionar suporte emocional à família do RNR numa situação de fim de vida, estabelecendo uma relação empática, demonstrando disponibilidade e escuta ativa.

A segunda unidade de competência engloba a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RNR. Para dar resposta a esta unidade formulei os seguintes objetivos:

- Assegurar a gestão diferenciada da dor do RNR, avaliando-a com uma escala adaptada à faixa etária e associando estratégias farmacológicas com estratégias não farmacológicas;
- Prestar cuidados de enfermagem neuroprotetores de acordo com a filosofia de cuidados NIDCAP;
- Promover e incentivar a prática do método canguru e gerir o ambiente da UCIN.

A unidade de competência seguinte refere-se à adequação dos cuidados de enfermagem perante doenças raras, para tal defini como objetivo:

- Efetuar pesquisa bibliográfica perante situações de doenças raras (genéticas ou metabólicas);
- Aplicar os conhecimentos obtidos na prática clínica;
- Disponibilizar suporte emocional aos pais do RN com doença rara e promover a sua capacitação de acordo com as necessidades do mesmo.

A seguinte unidade de competência refere-se à adaptação da criança e da sua família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. Dada a especificidade inerente à faixa etária neonatal optei por definir os seguintes objetivos:

- Identificar necessidades especiais e incapacidades no RNR;
- Capacitar a família do RNR para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação;
- Promover a adaptação da dinâmica familiar a este contexto;
- Assegurar o suporte social e comunitário;

- Efetuar pesquisa e aplicar na prática clínica estratégias promotoras da esperança;
- Referenciar se necessário o RNR para instituições de suporte e para cuidados de especialidade;
- Dotar os pais de conhecimentos e de habilidades para a prestação de cuidados ao RNR ressaltando as suas necessidades especiais em saúde;
- Incentivar os pais a exprimirem as suas emoções e sentimentos.

Subjacente a uma prática segura nestes contextos de especial complexidade, está o desempenho de uma prática profissional, ética e legal, atuando de acordo com os princípios éticos e da deontologia profissional. Para tal o EEESIP necessita de ter conhecimentos no domínio ético-deontológico, efetuar a reflexividade crítica da prática clínica e considerar as preferências do cliente. Acresce ainda que o enfermeiro especialista deve garantir uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos, analisando e interpretando à luz dos cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (DR, 2019).

A prática clínica confronta-nos diariamente com as questões inerentes ao cumprimento e à proteção dos direitos humanos e da criança, respeitando as preferências da criança e da sua família e os princípios bioéticos inerentes à prática profissional. É esperado que ao longo da sua prática profissional o enfermeiro especialista detenha um papel mais ativo na toma de decisão ética, na liderança e na avaliação das mesmas.

No exercício da prática clínica somos confrontados com situações e processos complexos que muitas vezes colocam em causa as nossas convicções, obrigando-nos a refletir, a fundamentar a nossa decisão, sem negligenciar os direitos humanos, os direitos da criança, a qualidade de vida, e a dignidade humana, respeitando a parceria de cuidados que é estabelecida com os pais.

De acordo com a carta dos direitos da criança, a admissão da criança no hospital só deve ser efetuada quando não é possível prestar os cuidados que esta requer no seu domicílio, em consulta externa ou em hospital de dia. Esta tem direito a ter os seus pais/ou seus substitutos sempre junto de si, independentemente do seu estado. Os pais devem ser encorajados a permanecer no internamento, devendo ser informados das normas e das rotinas do serviço de forma a poderem ser elementos ativos no processo de cuidar em parceria do seu filho. Devem ainda ser informados sobre o estado de saúde, o plano terapêutico e os cuidados que são prestados pois fazem parte do processo de tomada de decisão (Instituto de Apoio à Criança, 1988).

No que respeita ao plano terapêutico da criança deve evitar-se qualquer tratamento ou exame que não seja indispensável e deve ser minimizada a dor. O hospital deve proporcionar um ambiente à criança que suprima as suas necessidades físicas, afetivas, educativas, de equipa de saúde, de segurança e de equipamento. A equipa de saúde deve ter formação específica para dar resposta às necessidades psicológicas e emocionais da criança e da sua família, assegurando a continuidade de cuidados tanto ao nível hospitalar como comunitária (Instituto de Apoio à Criança, 1988).

Durante o estágio ocorreram duas situações que me fizeram refletir a nível ético. A primeira situação deveu-se a RN de prematuridade extrema, uma gravidez gemelar na qual os RN tiveram que ser separados entre instituições, de notar que ambas as instituições ficavam em cidades diferentes, uma vez que este requeria cuidados mais diferenciados e especializados dado o risco de vida. Apesar de todos os esforços para a sua sobrevivência o desfecho acabou por ser a sua morte. O acompanhamento de todo este processo fez-me refletir que por vezes o limite na prática de cuidados para a distanásia é ténue e que importa pensar na qualidade de vida não só da criança mas também da sua família. Incitou ainda a reflexão sobre os cuidados de conforto que devem ser prestados na UCIN em situações que se prevê a morte do RNPT.

O processo de fim de vida e de luto desencadeia na equipa de enfermagem impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia. No

estudo efetuado por Silveira et al. (2022) constatou-se que as estratégias de *coping* utilizadas nestes contextos são as seguintes: a aceitação, a negociação, a resolução planeada do problema, a procura de informação, o autocontrolo, a autoconfiança, a procura de suporte social, o distanciamento e a fuga/evitamento do problema. A espiritualidade funciona como uma estratégia de compreensão e de relativização da dor inerente ao processo de fim de vida e de morte experienciado pela família. A equipa de enfermagem deve adotar estratégias de *coping* centradas na resiliência, ajustando o seu comportamento, emoções e sentimentos ao RN que está a cuidar. As competências comunicacionais e a prática de um cuidado humanizado são essenciais durante todo este processo, não só entre a equipa de enfermagem mas também com os pais/família do RNR, pois muitas vezes os sentimentos experienciados e as estratégias de *coping* adotadas perante a situação são as mesmas. Importa igualmente mostrar disponibilidade para os pais participarem nos cuidados pós-morte se assim o desejarem (Silveira et al., 2022).

A humanização dos cuidados na UCIN é basilar, dada a barreira que por vezes se coloca na prática de cuidados, ao nível da interação entre enfermeiro/RN/família causada pelo estado de saúde instável do RNPT e dos diferentes tipos de tecnologia envolvidos nos cuidados (Duarte et al., 2020). É um processo amplo e complexo que envolve conhecimentos técnico-científicos, a adoção de um comportamento que promova as relações afetivas do binómio RNPT/família e o planeamento dos cuidados a serem prestados, de forma a responder às necessidades do RNPT e da sua família, promovendo um cuidado holístico e centrado na dignidade humana (Leite et al., 2020).

A outra situação com a qual me deparei foi um caso de encefalopatia neonatal da qual já se perspectivava algumas sequelas que o RN iria ter. Deste caso emergiu a necessidade de pesquisa sobre cuidados paliativos pediátricos que é uma realidade atual. No estágio foi possível contactar com esta realidade, mas sem ser atribuído o termo dada a conotação negativa que muitas vezes lhe é atribuída. Um dos objetivos a que me propus foi aprofundar conhecimentos sobre cuidados paliativos neonatais. A estratégia adotada foi a pesquisa bibliográfica juntamente com a reflexividade crítica da prática clínica.

Alguns dos RN admitidos na UCIN tem alta para o seu domicílio mantendo necessidades complexas paliativas em saúde, seja pela doença crónica complexa que detém ou pela doença limitante ou ameaçadora de vida que possuem, prevalecendo a incerteza do seu tempo de vida (Lacerda, 2018).

Os cuidados paliativos pediátricos visam um cuidado holístico em parceria com a família, com escuta ativa das suas necessidades, destacando o prognóstico, as opções de tratamento, o planeamento antecipado e a qualidade de vida, abordando também as questões de fim de vida quando se prevê a morte. Este tipo de cuidados deverá ser prestado por profissionais com formação específica nesta área, os quais serão responsáveis pelo planeamento, coordenação e continuidade de cuidados tanto ao nível hospitalar como comunitário. Estes deverão centrar a sua atuação no controlo de sintomas, no suporte ao cuidador (tanto ao nível da sua capacitação como do seu descanso), no apoio aos irmãos e ao luto. Devem ainda promover a comunicação, a tomada de decisão informada e as discussões éticas (Lacerda, 2018; Vieira et al., 2021). Vieira et al. (2021) acrescentam ainda que devem ser prestados cuidados paliativos competentes e compassivos, respeitando a dignidade da criança e da sua família, mantendo a dinâmica familiar e social da família o máximo de tempo possível, oferecendo suporte social e emocional, respeitando a espiritualidade da família.

A portaria 66/2018, foi publicada em Portugal de forma a determinar que as instituições hospitalares pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituíssem equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos pediátricos (Lacerda, 2018). Estes devem estar acessíveis a todas as crianças com doenças crónicas complexas e/ou doenças potencialmente fatais devendo ser oferecidos desde o momento do diagnóstico e durante todo o curso da doença (Short & Thienprayoon, 2018; Vieira et al., 2021).

Os cuidados paliativos neonatais centram-se na minimização do sofrimento e da dor, na promoção do conforto e do contacto (incluindo do contacto pele a pele), na minimização das manipulações e da execução de procedimentos e terapias distanásicas, no envolvimento da família na

prestação de cuidados, assegurando o suporte emocional e espiritual da mesma e no respeito pela dignidade do processo de fim de vida. Por conseguinte, o seu objetivo major passa por maximizar a qualidade de vida do RN e garantir o maior conforto possível (Gaiva et al., 2021).

As situações que fui vivenciando durante todo o estágio fizeram-me refletir sobre a importância do EEESIP, pois através da sua formação específica consegue avaliar, decidir e intervir para que sejam prestados cuidados humanizados, holísticos, individualizados e em parceria com a família respeitando-a enquanto elemento pertencente da equipa de cuidados e de tomada de decisão.

Este detém ainda a responsabilidade de orientar o processo de tomada de decisão em equipa no âmbito da bioética e de promover a reflexão sobre os cuidados prestados. Deve ainda promover a segurança da prática ao nível ético e deontológico, identificar práticas de risco evitando e acompanhando incidentes de forma a prevenir a sua recorrência, prestar cuidados antecipatórios ao garantir a segurança, a privacidade, a dignidade e o respeito pelas crenças, valores e costumes da família (DR, 2019).

A **terceira** e última **competência** enunciada no regulamento das competências específicas do EEESIP, “*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” refere-se “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” (DR, 2018, p.19192 e 19194). Neste relatório será implementada apenas em relação ao RNR/RNPT e à sua família.

De forma a atingir e desenvolver esta competência e dadas as unidades de competência que esta abrange, defini no início da realização do estágio os seguintes objetivos:

- Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil do RNR/RNPT:

- Atividades implementadas para concretizar o objetivo: adquirir conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento do RNR/RNPT; monitorizar o crescimento e avaliar o desenvolvimento do RNR/RNPT na UCIN; informar a família do RNR/RNPT sobre os cuidados a ter de forma a maximizar o seu potencial de desenvolvimento; realizar sessões de educação parental de acordo com as necessidades evidenciadas pelo RNR/RNPT e pelos seus pais; preparar o regresso a casa do RN visando a capacitação dos pais para os cuidados requeridos pelo RN e para os cuidados antecipatórios pressupostos;
- Promover a vinculação entre o RNR/RNPT internado na UCIN e os seus pais:
 - Atividades implementadas para concretizar o objetivo: avaliar o desenvolvimento do papel parental; demonstrar conhecimentos sobre as competências do RNR/RNPT para promover o comportamento interativo e informar os pais sobre as mesmas; aplicar estratégias promotoras da esperança realista; incentivar o contacto físico entre pais e RNR/RNPT; promover a amamentação; instituir uma parceria de cuidados com os pais do RNR/RNPT, promovendo o seu envolvimento no cuidado ao RN; gerir o processo de cuidados do RNR/RNPT com necessidades de intervenção precoce;
- Comunicar com o RNR/RNPT e a sua família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e a sua cultura:
 - Atividades implementadas para concretizar o objetivo: demonstrar conhecimentos sobre estratégias de comunicação na interação com a família do RNR/RNPT; prestar cuidados culturalmente sensíveis e de acordo com as crenças da família do RNR/RNPT; adaptar o estilo de comunicação/interação de acordo com o estágio de desenvolvimento do RNR/RNPT;

prestar cuidados de enfermagem de acordo com a filosofia de cuidados NIDCAP.

Esta competência foi trabalhada e atingida ao longo do estágio. Todo o processo de evolução que foi ocorrendo ao longo do mesmo teve como ponto de partida a pesquisa na evidência científica sobre as temáticas já referidas e a UCIN enquanto serviço possibilitou-me desenvolver as minhas competências teóricas e práticas, sendo-me proporcionado por toda a equipa multidisciplinar vivenciar os diversos contextos e experiências disponíveis para que todo o processo fosse mais enriquecedor não só em termos académicos, mas também profissionais.

Neste sentido e face ao que já foi anteriormente referido importa abordar a temática da qualidade dos cuidados prestados. A qualidade em saúde pode ser definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (DR, 2015, p.13551). Em Portugal, a qualidade dos cuidados é uma das preocupações da Direção-Geral da Saúde (DGS), patente no Despacho n.º 5613/2015. A qualidade e a segurança dos cuidados em saúde é uma responsabilidade ética, dada a sua implicação direta na redução dos riscos evitáveis, à otimização do acesso aos cuidados de saúde, do respeito e da equidade da prestação dos mesmos, devendo os cuidados ser efetivos e eficientes e promotores da inovação (DR, 2015).

A qualidade e a segurança dos sistemas de saúde pode ser obtida através da promoção da saúde, da prevenção da doença, da prática de cuidados antecipatórios, da identificação precoce de riscos, da vigilância de grupos de maior vulnerabilidade e do incitamento à prática de diagnóstico/tratamento e recuperação custo-efetivas (DR, 2015).

Considero que a instituição onde realizei o meu estágio detinha uma cultura de qualidade uma vez que promovia a qualidade a todos níveis, incentivava o trabalho em equipa, responsabilizando todos os intervenientes no processo, é uma instituição escola, incentiva a que os profissionais façam

formação contínua, promove a capacitação dos indivíduos, reconhecendo a complexidade dos sistemas, detém uma política de valores institucionais e organizacionais e define uma conformidade dos esforços desenvolvidos para a qualidade com a organização e o planeamento dos serviços (OMS, 2020).

O enfermeiro especialista deve adotar um papel de dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desempenhar práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade institucional, assegurar um ambiente terapêutico e seguro (DR, 2019).

No âmbito da realização do estágio, inserida na política de melhoria contínua da qualidade do serviço, emergindo como uma necessidade do mesmo, surgiu a oportunidade de desenvolver um projeto de consulta telefónica de enfermagem como estratégia de seguimento após o regresso a casa do RNR, dada a importância desta temática no âmbito dos cuidados de enfermagem neonatais. Este projeto ficou apenas na fase de revisão da literatura.

Durante o internamento na UCIN os cuidados são prestados em parceria com os pais, pelo que importa transitar ainda na UCIN para um período em que o enfermeiro apenas sirva de suporte em caso de dúvidas, uma vez que todos os cuidados que os pais prestam ao RN na UCIN deverão ser mantidos no domicílio. A preparação do regresso a casa deste RN deve ser planeada em equipa multidisciplinar, reger-se por orientações objetivas que respeitem as opções familiares para que os pais se sintam confiantes, seguros e competentes no cuidado ao RN (Gomes et al., 2021)

Após o regresso a casa os pais do RNPT continuam a vivenciar ansiedade, sintomas depressivos e por vezes stresse pós-traumático. Neste sentido surgem os programas de seguimento após o regresso a casa como uma estratégia de minimizar esta componente emocional e potencializar os ganhos em saúde, dado o impacto no desenvolvimento comportamental e social da criança. O primeiro ano após o regresso a casa do RNPT é um ano no qual os pais mantêm as suas preocupações com o RNPT (médicas,

dificuldades de regulação e incompleta recuperação), com o seu estado emocional (sentimentos de solidão, alienação, ambivalentes de medo/excitação e processo de abandono/manutenção de identidade parental) e com a dinâmica familiar. Por conseguinte, o seguimento destas crianças é essencial, tanto ao nível comunitário como hospitalar de forma a prestar cuidados antecipatórios e adequados às suas necessidades.

A utilização das tecnologias em saúde, como por exemplo os dispositivos móveis, pode ser uma estratégia útil para fazer face a *deficits* nos cuidados de saúde. Estes permitem fracionar e personalizar a informação transmitida, incrementando o conhecimento nas áreas identificadas, implementar estratégias motivacionais e incentivar a alteração de comportamentos. Dado o seu amplo alcance, o contacto telefónico, pode ser implementado como uma estratégia custo-efetiva na potencialização e obtenção de ganhos em saúde (Palmer et al., 2020).

A adoção do telefone enquanto meio de obtenção de ganhos em saúde permite fornecer e informar os pais sobre temáticas identificadas como necessária intervenção, simplifica o acesso oportuno a aconselhamento e a serviços de saúde quando necessário, disponibiliza lembretes e providencia suporte social e psicológico para a mudança de comportamento desejada. A sua crescente importância é tal que a OMS elaborou um guia sobre intervenções digitais (Palmer et al., 2020).

A importância da preparação do regresso a casa do RN foi notória desde o início da realização do estágio por todo o contexto que a envolve, não só em termos de aquisição de competências parentais, mas também pela preparação inerente do domicílio e da articulação necessária entre as diversas especialidades que irão acompanhar o crescimento e desenvolvimento do RN tanto ao nível hospitalar como comunitário. Neste contexto, surge a revisão da literatura sobre a consulta telefónica de enfermagem enquanto estratégia de seguimento do RNR, de forma a poder colmatar dúvidas e fornecer suporte aos pais após o regresso ao domicílio.

3.2. A preparação do regresso a casa do recém-nascido de risco

A prematuridade é uma situação inesperada para os pais, que lhes faz emergir uma série de questões relacionadas com o futuro, a sobrevivência e a saúde (Mahboobeh et al., 2023). O RNPT efetua uma adaptação ao meio extrauterino de acordo com o grau de imaturidade dos seus sistemas, o que requer por vezes um longo período de internamento na UCIN (Antunes et al. 2023; Carvalho et al., 2021). Neste contexto os pais são confrontados com um défice de habilidades e de competências inerentes aos cuidados que terão que prestar ao RNPT após a alta hospitalar, pelo que assegurar um suporte adequado aos pais constitui um desafio (Mahboobeh et al., 2023).

A alta hospitalar é um momento ansiado pelos pais, permeado por sentimentos de alegria, felicidade, medo e insegurança, uma vez que associam o RN a uma criança frágil e suscetível devido à sua imaturidade fisiológica e anatómica (Felizardo et al., 2020). O seu planeamento pressupõe um plano individualizado, sistemático, organizado, holístico e promotor da continuidade dos cuidados após o regresso a casa (Antunes et al., 2023; Sun et al., 2024).

A preparação do regresso a casa, é um processo abrangente uma vez que se refere à transição de cuidados do RN para o domicílio e centra-se na educação e capacitação contínua da família do RNR/RNPT no domicílio e na gestão contínua da saúde deste, assegurando a continuidade de cuidados. Este acompanhamento do RN pode ser complementado através da telessaúde, de visitas domiciliárias de enfermagem e de recursos comunitários de forma a garantir o sucesso a longo prazo no cuidado ao RNR no domicílio (Smith, 2022).

Neste relatório será considerado como temática a preparação do regresso a casa, visto que se pretende efetuar o seguimento do RNR após a alta hospitalar. É uma área de intervenção autónoma do enfermeiro, da qual advém inúmeros ganhos em saúde para toda a família e mesmo na comunidade, tanto a curto como a longo prazo sendo possível produzir

indicadores em saúde. Tal permite dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, mostrar os ganhos em saúde e a sua relevância no SNS, minimizando os custos inerentes à prestação de cuidados a longo prazo.

O enfermeiro é o responsável pelo planeamento, organização e estruturação do regresso a casa do RN, efetuando-o de forma individualizada e estratégica. Para que este processo seja bem-sucedido, é necessário que seja estabelecida parceria de cuidados com os pais, incluindo-os nas tomadas de decisão e considerando as suas condicionantes biopsicossociais (Antunes et al., 2023).

A preparação do regresso a casa deve ser iniciada desde que haja condições para tal na UCIN, capacitando os pais para a prática dos cuidados gerais e específicos que o RN requer no domicílio, para que estes se sintam autoconfiantes na prestação dos mesmos, o que permite reduzir a taxa de reinternamentos e aumentar a adesão ao seguimento após a alta hospitalar (Antunes et al., 2023; Felizardo et al., 2020). Durante o internamento os pais devem ser envolvidos nos cuidados prestados ao RN visando a sua capacitação teórica e prática, ocorrendo além do ensino, o apoio e a supervisão por parte do enfermeiro dos cuidados que estes prestam ao RNPT (Carvalho, Santos, et al., 2021).

No que respeita ao RNPT e para que o regresso a casa possa ocorrer de forma segura, este deve deter as seguintes competências adquiridas: capacidade de termorregulação (capaz de manter uma temperatura corporal entre 36°C e 37°C, vestido, num ambiente com temperatura entre 20°C-25°C), estabilidade respiratória, maturidade fisiológica, competências orais adequadas, capacidade de autorregulação e aumento ponderal adequado. Concomitantemente a mãe do RNPT deverá demonstrar conhecimentos e competências parentais dos cuidados que necessita de prestar ao RNPT (alimentação, sono, vestuário, higiene, cuidados com a pele, gestão do ambiente, gestão do regime terapêutico medicamentoso e utilização de equipamentos médicos especiais) (Çelik & Altay, 2023).

Além das necessidades do RNPT deve ser avaliado desde que se inicia a preparação do regresso a casa as necessidades da mãe ao nível: psicológico, social, económico, educacional, a sua prontidão para a alta e os recursos disponíveis (Çelik & Altay, 2023). Deve ainda ser obtido suporte social para os cuidadores do RNPT (Sun et al., 2024).

Na preparação do regresso a casa o enfermeiro deve: avaliar o stresse, as competências parentais, a amamentação, conhecer as crenças da família, realizar o *checklist* dos cuidados efetuados pelos pais na UCIN e avaliar o contexto familiar ao nível social (Bernardino, Silva, Mufato, et al., 2022). Çelik & Altay (2023) enunciam como estratégias a recorrer aquando da preparação do regresso a casa: sessões de educação parental de grupo, folhetos informativos, visualização de vídeos, programas de preparação baseados na *web*, aplicações para *smartphones*, serviços de telessaúde, aconselhamento *online*, simulações, experiências práticas de cuidados individuais ao RN e o alojamento conjunto. Nesta devem ser envolvidos e capacitados os cuidadores principais do RNPT que não os pais, dadas as especificidades inerentes ao mesmo e a sua necessidade em cuidados singulares e por vezes complexos. A identificação deste suporte social é de suma importância uma vez que providenciaram apoio em diversas áreas: emocional, material, educacional, entre outros (Pinheiro et al., 2023).

Após o regresso a casa são relatadas como estratégias eficazes de seguimento imediato: visita domiciliária, seguimento telefónico e videoconsultas, as quais permitem identificar e intervir precocemente em problemas que surjam e desta forma otimizar os indicadores de saúde a longo prazo (Sun et al., 2024).

O RNPT requer um seguimento rigoroso do seu crescimento e desenvolvimento dadas as intercorrências que podem ocorrer no mesmo, o que pressupõem um seguimento multiprofissional e por vezes cuidados especializados e complexos, principalmente quando este apresenta alguma morbilidade ou doença crónica (Antunes et al., 2023; Bernardino, Silva, Mufato, et al., 2022; Felizardo et al., 2020).

Os cuidados recebidos tanto no domicílio como nas unidades de saúde são determinantes para a condição de saúde futura da criança, o que ressalva a importância de uma assistência completa e de um acompanhamento adequado. Os programas de seguimento que objetivam a aquisição de autoconfiança nos cuidados parentais de forma precoce permitem incentivar a vinculação/a ligação mãe-filho(a) e promover a qualidade de vida tanto da criança como da sua família (Bernardino, Silva, Mufato, et al., 2022).

Por conseguinte, o seguimento do RNPT deve ser implementado através de programas especializados abrangendo: preparação do regresso a casa; avaliação contínua; deteção e intervenção precoce de complicações clínicas e/ou alterações desenvolvimentais; suporte e informação para a família; e formação contínua dos profissionais. A implementação deste tipo de programas é essencial e possibilita prestar cuidados de elevada qualidade com indicadores positivos. Contudo verifica-se que estes são ainda pouco implementados, principalmente em países de classe média/baixa (Bernardino, Silva, Mufato, et al., 2022).

Após o regresso a casa, a família é a principal responsável pelos cuidados prestados ao RNPT, os quais centram-se: alimentação, higiene, administração de medicação domiciliária e cuidados complexos como por exemplo: manipulação de equipamentos de oxigenoterapia e administração de dietas quando necessário de acordo com a condição de saúde do RNPT (Felizardo et al., 2020). Assim sendo, na preparação do regresso a casa devem ser abrangidas as seguintes áreas: ingestão nutricional (abordando a amamentação e a alimentação com leite artificial e leite materno), estratégias de estimulação do desenvolvimento (método canguru), cuidados de higiene (incluindo cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene da região perineal aquando da troca de fralda), promoção da vinculação/ligação pais-RN, comportamentos de procura de saúde (agendamento de consultas, vacinação entre outros) e regime terapêutico (Anacleto et al., 2021). Carvalho, Santos, et al. (2021) acrescentam ainda que se deve abordar a suscetibilidade a infeções do RNPT dada a sua imaturidade e a prevenção das mesmas e o aquecimento. Devem ainda ser abrangidas as seguintes temáticas: visitas ao

RNR, lugares a evitar e sinais e sintomas de doença aguda/complicações (Couto & Praça, 2009; Frota et al., 2013).

Atualmente, os pais recorrem ao uso de recursos tecnológicos como a *internet* e a aplicativos de mensagens instantâneas para partilhar informações, obter informações omissas que deveriam de ter sido dadas aquando do internamento e da preparação do regresso a casa na UCIN e para obter suporte social. O uso da *internet* é igualmente utilizado como estratégia de obtenção de informação, esclarecimento de dúvidas e como meio de comunicação com os profissionais de saúde (Sun et al., 2024).

A telessaúde é um recurso que pode ajudar os pais a gerir as suas preocupações, a reconhecer os seus problemas e um meio de educação parental sobre os cuidados inerentes à saúde do RNPT. É um meio rápido, seguro, custo-efetivo, de suporte e viável para assegurar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, principalmente para famílias que residam em áreas remotas. Este tipo de recurso pode utilizar como estratégias de seguimento: telefone, videoconsulta e *software* social. Através destes é possível prevenir complicações após o regresso a casa, reduzir as deslocações aos serviços de saúde e diminuir o tempo de internamento hospitalar (Mahboobeh et al., 2023). No estudo efetuado por Hägi-Pedersen, Dessau, et al. (2022) foi constatado que a diferença entre a realização de videoconsultas e consultas presenciais no hospital não é significativa pelo que é seguro utilizar este recurso enquanto estratégia de seguimento. O enfermeiro é a principal fonte de suporte emocional e informacional da família do RNPT, devendo estabelecer uma comunicação eficaz, satisfatória e empática (Bernardino, Silva, Mufato, et al., 2022).

A articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares é essencial, no que se refere aos programas de seguimento do RNPT, uma vez que permitem o acompanhamento adequado do RNPT após o regresso a casa, apoiam a amamentação, monitorizam o aumento ponderal, avaliam e intervêm em intercorrências e analisam as situações de reinternamentos (Bernardino, Silva, Mufato, et al., 2022).

Os cuidados que a família do RNPT executa após o regresso a casa são essenciais para a sobrevivência deste. Por conseguinte, o seu acompanhamento é essencial para que esta consiga suprimir as necessidades do RNPT e dar resposta às suas próprias necessidades e às necessidades de cada um dos seus elementos (Felizardo et al., 2020).

Os primeiros dias no domicílio representam um evento crítico na medida em que ocorre a adaptação do RN e dos pais ao novo ambiente. A continuidade de cuidados após o regresso a casa é fundamental, seja através das visitas domiciliárias ou do seguimento através das novas tecnologias como o telefone, uma vez que possibilita, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, aumentar a satisfação em relação aos mesmos, realizar atividades de educação para a saúde, aumentar o sentimento de autoconfiança, reduzir o stress e o número de reinternamentos (Couto & Praça, 2009; Frota et al., 2013; Hägi-Pedersen, Dessau, et al., 2022). As aplicações telefónicas permitem aumentar a autoeficácia parental, funcionando também como uma estratégia de suporte (Çelik & Altay, 2023; Hägi-Pedersen, Dessau, et al., 2022).

O enfermeiro é o gestor do processo de construção da autonomia familiar no cuidado ao RNR após o regresso a casa. Através do suporte que disponibiliza promove o desenvolvimento das competências parentais no cuidado ao RNPT, reduz a taxa de reinternamentos, promove o crescimento e o desenvolvimento do RNPT. É no decorrer do desempenho do papel parental no domicílio que surgem mais inseguranças devido a serem os responsáveis pela prestação de cuidados ao RN.

O RNR deverá ser acompanhado de forma sistemática, diferenciada e frequente dadas as suas especificidades (Fonseca et al., 2021; Xavier et al., 2020). Os programas estruturados e especializados de seguimento do RNR permitem assegurar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, promover a saúde, empoderar os pais/família do RNR, prevenir e identificar precocemente complicações e doenças e minimizar morbilidades e

consequências da prematuridade ao nível motor, neurodesenvolvimental e comportamental (Fonseca et al., 2021; Queiroz et al., 2022; Xavier et al., 2020).

O avanço tecnológico viabilizou a obtenção de dispositivos móveis com maior capacidade de processamento e recursos técnicos avançados, do qual resultou a evolução da prestação de cuidados ao permitir a disponibilização de novos serviços em saúde. As novas tecnologias surgem por conseguinte como um meio de evolução da prestação de cuidados em saúde, ao possibilitarem o acesso à informação que se repercute no aumento do conhecimento dos pais e do cuidado ao RNPT. A OMS (as cited in Queiroz et al., 2022) considera que as tecnologias de saúde são ferramentas aplicadas à saúde que permitem a realização de processos terapêuticos, de aquisição de aprendizagens e de promoção da saúde. Estas podem subdividir-se nas seguintes categorias: “saúde móvel (*mobile Health* ou *mHealth*), sistemas de informação de saúde (*Health Information Systems* ou *HIS*), cuidados de saúde a distância (telemedicina) e aprendizagem a distância (*eletronic Learning* ou *eLearning*)” (Queiroz et al., 2022, p.2). As tecnologias de saúde têm contribuído para reforçar as práticas parentais de RNPT em áreas como: alimentação, deglutição, motricidade oral, audição e linguagem. As informações e os aplicativos disponíveis depois de devidamente validados podem ser utilizados como estratégia de suporte aos pais na promoção da saúde e dos cuidados a prestar ao RNPT, contribuindo na evolução do sistema de saúde e na prática de cuidados custo-efetivos (Queiroz et al., 2022).

Nesta dinâmica de capacitação parental o enfermeiro pode recorrer às seguintes estratégias: programas de capacitação parental, orientação multidisciplinar, consulta telefónica de enfermagem, folhetos informativos, telemedicina, *websites*, *mHealth*, *e-learning* e realidade virtual (Queiroz et al., 2022).

O uso das tecnologias de informação e de comunicação (TIC) é um meio eficaz de prestação de cuidados após o regresso a casa do RN, pois permite o seu acompanhamento através da partilha de informações e de experiências e a realização de sessões de educação para a saúde (Queiroz et al., 2022). O

telefone é uma estratégia de comunicação remota, seja por voz ou pelo envio de mensagens. O uso de aplicativo de mensagens instantâneas trocadas via *internet* possibilita a comunicação através do compartilhamento de mensagens de texto/voz, imagens, músicas e vídeos e mostrou ser uma mais-valia na orientação e no suporte dos pais (Brassarola et al., 2023). Os aplicativos móveis surgem como uma estratégia educacional pois permitem difundir diversas informações em diversos contextos possibilitando uma pesquisa mais rápida de dados específicos (Menezes et al., 2022; Queiroz et al., 2022).

No estudo efetuado por Brassarola et al. (2023) as dúvidas que mais surgiram após a alta hospitalar do RNPT num grupo de pais que partilhava as suas dúvidas e experiências através de um aplicativo de mensagens instantâneas via *internet* foram as seguintes: aleitamento materno, nutrição do RNPT, cólicas, cuidados gerais, desenvolvimento cognitivo e motor, aumento ponderal e estabilidade respiratória.

O seguimento telefónico insere-se no âmbito da telemedicina. A OMS define-a como a prestação remota de cuidados em saúde por profissionais que utilizam as TIC para prevenir, avaliar, diagnosticar, tratar e reabilitar, fomentando a formação contínua dos profissionais, promovendo os indicadores de saúde da população (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2024).

O plano estratégico nacional para a telessaúde 2019-2022, adotou uma definição semelhante, na qual a telemedicina é descrita como a utilização das TIC no suporte à distância em saúde da prestação de cuidados, da organização dos serviços, da formação contínua de profissionais de saúde e na educação para a saúde dos cidadãos (ERS, 2024). Os serviços partilhados do ministério da saúde (SPMS) adotam também um conceito semelhante ao referido acrescentando que permite um acompanhamento continuado e articulado entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo para a eficácia e a eficiência do SNS (Pimentel et al., 2022).

O plano estratégico nacional suprarreferido pretendeu que esta funcionasse como um meio para a criação de sinergias de forma a otimizar o acesso aos cuidados de saúde de proximidade, superando as barreiras

comunicacionais, de isolamento geográfico ou de insuficiência de recursos tecnológicos. Este primeiro documento estratégico elaborado em 2019 definiu a teleconsulta como “consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde” (Pimentel et al., 2022, p.126). Esta pode acontecer em tempo real (síncrona) ou em tempo diferido (assíncrona) (Pimentel et al., 2022).

A telenfermagem é definida como o uso das TIC na prestação de cuidados de enfermagem, através da qual o enfermeiro interage com o cidadão de forma remota, com o objetivo de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir. Através da interação eletrónica com o utente, o enfermeiro recolhe informação sobre o seu estado de saúde/doença, definindo intervenções e planos de cuidados, monitorizando a eficácia das intervenções definidas e registando o resultado das mesmas no processo do cliente. A telenfermagem já existia previamente à pandemia COVID-19. Contudo denotou-se uma evolução significativa por ter funcionado como uma estratégia de mitigação do impacto no acesso aos cuidados de enfermagem neste período (Coutinho et al., 2022; Pimentel et al., 2022).

A consulta telefónica de enfermagem (CTE) apresenta como principais dificuldades: sensação de impessoalidade, falta de recursos tecnológicos, falta de recursos dos utentes, ausência de experiência profissional neste domínio, questões organizacionais relacionadas com o tempo e trabalho em equipa, não aceitação da realização da mesma pelo utente, dificuldade de validação da informação transmitida pelo utente, ausência de normativas e de guias de boas práticas, capacidade de participação e colaboração do utente, validade legal da mesma, conteúdos a abordar e registos, privacidade e proteção de dados, qual a boa prática de informação e de obtenção de consentimento informado e a validade dos dados avaliada pelo utente (Pimentel et al., 2022).

A prestação de cuidados de saúde à distância é uma realidade crescente nas instituições de saúde, contudo estas devem assegurar e respeitar os requisitos legais necessários, os quais foram definidos pelo

decreto-lei nº18/2017. Os meios para a realização da telenfermagem/teleconsulta deverão ser assegurados pela instituição e em variedade de características (telefones, vídeos, equipamentos de monitorização, entre outros) de forma a suprimir as necessidades evidenciadas pelos utentes. Deverá igualmente ser assegurada uma consulta presencial se o utente assim o necessitar, prevendo-se também que além das normativas, dos guias de boas práticas e dos protocolos internos sejam criados protocolos de encaminhamento para a via presencial. Esta deverá igualmente ser alvo de auditoria periódica (Pimentel et al., 2022).

No que respeita ao consentimento informado neste âmbito, importa que este seja obtido e registado no processo clínico do utente, privilegiando-se a sua obtenção por escrito e anexa ao processo clínico principalmente nas situações em que ocorra a gravação dos utentes por via audiovisual e se pratiquem atos autónomos de enfermagem. Na consulta de enfermagem através das TIC ocorre uma decisão partilhada entre o profissional de saúde e o utente do plano terapêutico de acordo com as informações partilhadas e as preferências do mesmo. Deverá ser enviado ao utente, sempre que necessário, a síntese escrita do plano terapêutico para minimizar os lapsos de informação, podendo o enfermeiro recorrer aos meios digitais para o fazer. No caso de não obter por parte do utente informação suficiente para efetuar um diagnóstico, o enfermeiro não o é obrigado a fazer, uma vez que ao emitir um parecer fundamentado é responsável pelo mesmo (Pimentel et al., 2022).

A telenfermagem permite uma maior disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços. A documentação da consulta é essencial, pois permite assegurar a continuidade de cuidados e promover a melhoria dos registos eletrónicos de dados em saúde (Pimentel et al., 2022). Esta estratégia de prestação de cuidados permite minimizar o tempo e a distância na prestação de cuidados de saúde, aumentando a qualidade dos mesmos, racionalizando os recursos humanos e materiais e fomentando a formação contínua dos profissionais (Coutinho et al., 2022).

Enquanto recurso efetivo de aproximação dos cuidados de saúde ao cidadão no seu domicílio, de obtenção de ganhos em saúde e de minimização de custos para o SNS, a telenfermagem requer o envolvimento de todos os *stakeholders* na sua implementação e o respeito pela preferência e segurança do utente. Pode ser vista como um complemento da prestação de cuidados, sem prejuízo do atendimento presencial se o utente necessitar ou se o enfermeiro achar seguro (Pimentel et al., 2022).

A pesquisa sobre esta temática iniciou-se aquando da realização do estágio na UCIN e já neste loco temporal era referido pela evidência que a telenfermagem era utilizada em diversas dimensões dos cuidados de saúde a nível mundial, como por exemplo: cuidados de saúde primários, triagem telefónica, enfermagem escolar, cuidados paliativos, gestão de cuidados no domicílio após a alta hospitalar, monitorização de clientes, linhas de apoio e educação para a saúde (Lorentz, 2008). Tem sido ainda utilizada para aumentar a adesão e a gestão do regime terapêutico (Schlachta-Fairchild et al., 2008). Sendo também possível prestar cuidados pós-cirúrgicos, maternos, pediátricos e realizar educação para a saúde (Allen et al., 2015).

A telenfermagem introduziu uma mudança positiva significativa na prática dos cuidados, tanto ao nível dos clientes como dos profissionais, uma vez que aumentou a acessibilidade, reduziu o tempo e os custos associados aos cuidados de saúde (Allen et al., 2015; Isetta et al., 2012; Isetta et al., 2013; Hakimnia et al., 2014). Permite ainda o acesso a peritos em saúde (Martins, 2009). Engloba desde telefonemas de seguimento, à utilização de vídeos, jogos, à videoconferência, plataformas eletrónicas, registo eletrónico de dados dos clientes e *download* de documentos, entre outros (Schlachta-Fairchild et al., 2008).

É um meio de assegurar a continuidade dos cuidados, pois permite dar seguimento aos ensinamentos efetuados, reforçando-os e dando novas orientações. Possibilita ainda avaliar a adesão ao regime terapêutico, reduzir o número de idas às urgências, proporcionar suporte emocional, efetuar a interligação entre o domicílio e o hospital, aumentar a sensação de autoestima e de

autoconfiança, o que conseqüentemente aumenta o envolvimento no processo de cuidados (Cruz et al., 2014).

A evidência ressalva ainda que o enfermeiro que realiza os contactos telefónicos deve estar exclusivamente a realizar esta atividade/intervenção, num local calmo, de forma a não ocorrerem interrupções nem solicitações, uma vez que a comunicação em saúde é exigente do ponto de vista relacional, pois é necessário criar um ambiente terapêutico, o que é agravado à distância (Martins, 2009; Martins & Lopes, 2010).

A CTE requer um profissional de enfermagem perito na área em que esta é efetuada, uma vez que é pautada por excesso de informação e pormenores, discurso rápido e por vezes incompreensível, ruído e conseqüentemente distorções da mensagem, falta de disponibilidade para a interação, informação ambígua, má qualidade do telefone e ausência de comunicação não-verbal. Esta tem ainda que assegurar a segurança, a confidencialidade e o cumprimento dos princípios éticos inerentes aos cuidados de enfermagem (Martins & Lopes, 2010).

A literatura refere que a CTE permite aumentar o grau de satisfação profissional dos enfermeiros, uma vez que amplia a intervenção autónoma, o *status* profissional e as políticas organizacionais (Martins, 2009; Martins & Lopes, 2010). Esta deve contextualizar-se numa lógica de cuidados, cuja ação se limita à intencionalidade dos cuidados planeados para aquele doente de acordo com as necessidades identificadas. Deve basear-se em protocolos e linhas de orientação desenvolvidos a partir da evidência científica disponível e da opinião de peritos. Deve ainda assegurar a segurança e o cumprimento dos princípios ético-deontológicos (Martins, 2009). Devendo ser criado um instrumento de avaliação da CTE efetuada (Martins & Lopes, 2010).

Para a CTE ser eficaz e aumentar o grau de satisfação dos clientes com os cuidados de saúde é necessário que o enfermeiro que a realiza detenha: conhecimento científico (perito na área), conhecimento sobre o cliente, experiência, competências especializadas avançadas, conheça/compreenda a

multidisciplinaridade dos cuidados de saúde, tenha acesso às informações em saúde e aos recursos disponíveis (Ramírez et al., 2011; Ramelet et al., 2014).

A importância inerente a esta temática mantém-se na atualidade, tal como já foi suprarreferido, e dada a ausência de programas de seguimento sistemático do RNR em Portugal, objetivou-se efetuar uma revisão da literatura sobre a CTE enquanto estratégia de seguimento do RNR no domicílio após o regresso a casa da UCIN. Pretende-se estruturar o seguimento após o regresso a casa do RNR da UCIN, englobando as diversas vertentes dos cuidados de saúde referidos na evidência, ou seja, a visita domiciliária, a CTE, aplicação móveis, aplicações *web* e consulta presencial (cuidados de saúde primários e hospitalares).

A enfermagem, enquanto ciência, baseia a sua prática na evidência científica disponível. A síntese e a interpretação da evidência sobre um determinado tema permitem a constituição de uma base de conhecimento rigorosa e clara para a tomada de decisão em saúde. A revisão da literatura é um método específico de mapeamento de toda a literatura sobre uma determinada temática de forma abrangente. A revisão da literatura tem como objetivos: restringir o problema de pesquisa, promover a procura de novas linhas de investigação sobre o problema em estudo, fomentar novas abordagens de investigação da temática em estudo, impedir a duplicação de investigações e de pesquisas irrelevantes (Alves et al., 2022).

Esta pesquisa foi efetuada na base de dados referencial EBSCOhost Web (CINAHL Complete e MEDLINE Complete) no dia 24/08/2024, com a frase booleana e os termos apresentados na Tabela 1. Pretende dar resposta à seguinte pergunta de investigação “A consulta telefónica de enfermagem é uma estratégia eficaz de seguimento do recém-nascido de risco após o regresso a casa?”. Desta pesquisa obtiveram-se 463 artigos com ano de publicação entre 1991 e 2024. Não se restringiu o ano de pesquisa dada a especificidade do tema.

Tabela 1 – Termos de pesquisa e frase booleana.

População	Intervenção	Comparação	Resultado
Infant, Newborn; Neonate; Recém-nascido pré-termo; Infant, Extremely Premature; Extremely Premature Infants; Infant, Premature; Premature Infants; Newborn preterm.	Telephone follow-up; Nurs*		
Frase Booleana: ((Child* OR Infant* OR Newborn OR Neonate OR "Infant Extremely Premature" OR "Extremely Premature Infants" OR "Infant Premature" OR "Premature Infants" OR "Newborn preterm") AND ("Telephone follow-up" OR Telemedicine) AND Nurs*)			

Após a pesquisa foram removidos os artigos duplicados, ficando 383 artigos para a segunda fase de análise, a leitura dos títulos, recorreu-se ao *software EndNote 21* enquanto gerenciador de bibliografia para efetuar esta triagem. Aquando da leitura dos títulos foram selecionados os artigos escritos em português, inglês e espanhol, cuja amostra populacional se referisse a RN com internamento na UCIN e abrangessem a área da telessaúde (consulta de enfermagem telefónica que face à realidade atual decidiu-se incluir estudos que abrangem-se o recurso a videochamadas) e os cuidados domiciliários e em acesso livre. Foram também incluídos os artigos que gerassem dúvida apenas pela leitura do título resultando 98 artigos para a fase seguinte, a da leitura dos resumos. A área em estudo é específica e complexa, assim sendo, para tentar abranger mais estudos inclui-se artigos de natureza quantitativa e qualitativa, os quais foram triados por dois investigadores, sendo que em caso de dúvida existia um terceiro investigador para desempate.

Após a realização desta terceira fase, foram selecionados oito artigos para a revisão de acordo com os critérios de inclusão: população de RN com internamento na UCIN, cuja intervenção de telenfermagem incluísse a CTE/Videochamada como uma das estratégias de seguimento do RNR no domicílio e referissem os resultados obtidos em termos de ganhos em saúde. Foram excluídos todos os estudos cuja população correspondesse a RN de

termo e sem internamento na UCIN, que não se referissem à intervenção de enfermagem e que não englobassem a CTE/videochamada como intervenção de telenfermagem. Por conseguinte, foi excluído após a leitura do texto integral o estudo de Hallford et al., (2024) devido à intervenção de telemedicina ser a videoconferência com neonatologistas peritos em relação à prestação de cuidados técnicos na UCIN em áreas remotas por neonatologistas não peritos nessas áreas.

A seleção dos artigos encontra-se explicitada nas imagens em seguida.

Figura 1 – Seleção dos artigos de revisão sobre o seguimento do RNR após o regresso a casa .

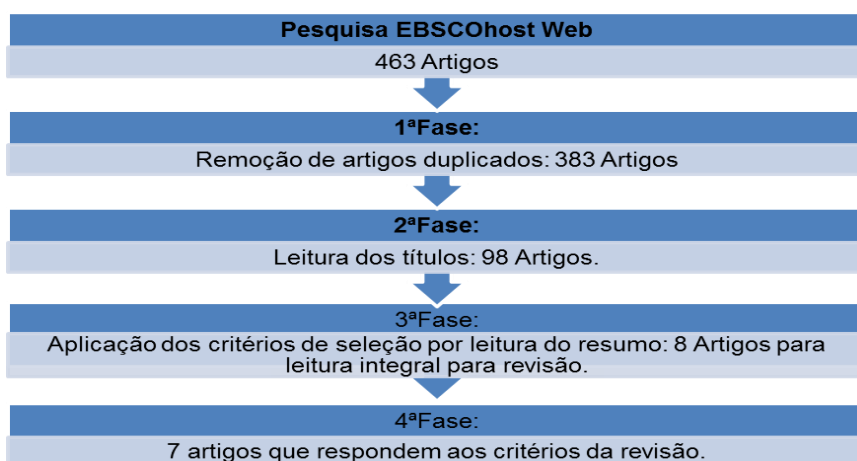


Figura 2 – Seleção dos artigos de revisão sobre o seguimento do RNR após o regresso a casa - fase três: critérios gerais.

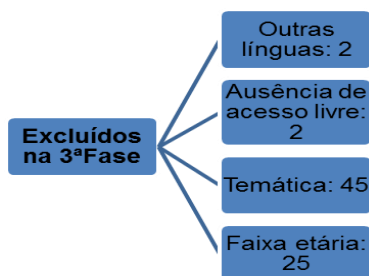
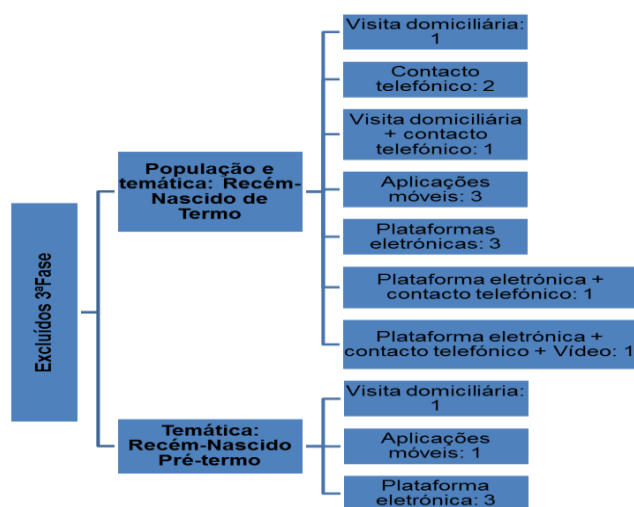


Figura 3 – Seleção dos artigos de revisão sobre o seguimento do RNR após o regresso a casa - fase três: critérios específicos.



Da pesquisa efetuada na base de dados referencial EBSCOhost (CINAHL Complete e MEDLINE Complete) foram analisados os seguintes artigos:

Tabela 2 – Artigos analisados na revisão da literatura.

Nº do Artigo:	Título:
13	A telehealth nursing intervention to improve the transition from the neonatal intensive care unit to home for infants & caregivers: Preliminary evaluation (Sarik et al., 2022).
23	Complex Surgical Infants Benefit From Postdischarge Telemedicine Visits (Willard et al., 2018).
25	Development of a post discharge telecare program for premature infants in Covid 19 era: Protocol for a mixed methods study (Mahboobeh et al., 2023).
31	Experience with videoconferencing between a neonatal unit and the families' home from the perspective of certified paediatric nurses (Lindberg et al., 2009).
57	Postdischarge telephone follow-up program for breastfeeding preterm infants discharged from a special care nursery (Elliott & Reimer, 1998).
95	Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits (Robinson et al., 2016).
98	Video consultation as nursing practice during early in-home care for premature infants and families viewed from the families' homes' (Hägi-Pedersen, Kronborg, et al., 2021).

Sucintamente podemos referir que dos estudos incluídos na revisão, dois são dos Estados Unidos da América, um do Irão, dois da Suécia e um da Dinamarca. Em termos de tipologia de estudos, três são estudos de natureza qualitativa, dois estudos quantitativos, um estudo piloto de coorte observacional e prospetivo e um estudo misto englobando metodologia quantitativa, qualitativa e painel de peritos.

Dos estudos incluídos na revisão, advém que todos utilizaram a videochamada como estratégia de prestação de cuidados de telenfermagem. No estudo de Sarik et al. (2022), Willard et al. (2018), Mahboobeh et al. (2023) e Lindberg et al. (2009) foi usada como estratégia principal de prestação de cuidados de enfermagem. Estas foram realizadas nas primeiras 24h a 48h após o regresso a casa, no estudo de Sarik et al. (2022) e no estudo de Mahboobeh et al. (2023). No estudo de Willard et al. (2018) foi aplicada uma semana após o regresso a casa. No estudo de Lindberg et al. (2009) podiam ser efetuadas 24h por dia com a UCIN.

Em todos os estudos foi referido que através da CTE/videochamada foi possível efetuar a capacitação parental de acordo com as necessidades constatadas e com os cuidados antecipatórios necessários, obtendo-se ganhos em saúde. No estudo de Sarik et al. (2022) reduziram-se as idas ao serviço de urgência em cerca de 55% e de reinternamentos em cerca de 46%, diminuindo ainda 50% no recurso a cuidados médicos (presencial/telefone), sendo uma estratégia de prestação de cuidados com a qual os pais se mostraram satisfeitos, aumentando a sua autoconfiança e segurança na prestação de cuidados ao RNR no domicílio. Em todos os estudos os contactos seguintes de videochamada foram agendados de acordo com as necessidades e em parceria com os pais. O estudo efetuado por Elliott & Reimer (1998) comprovou a eficácia do contacto telefónico na resolução de dúvidas sobre amamentação.

A videochamada/contacto telefónico foi comprovado como estratégia complementar e eficaz da prática de cuidados no domicílio, nos estudos efetuados por Robinson et al. (2016) e por Hägi-Pedersen, Kronborg et al. (2021) no qual a primeira intervenção de seguimento após a alta hospitalar foi a

visita domiciliária. O primeiro estudo corroborou os resultados obtidos nos estudos suprarreferidos de diminuição do número de idas ao serviço de urgência e de consultas de enfermagem presenciais. Por sua vez, o segundo estudo comprovou que era possível manter o empoderamento e a capacitação dos pais e promover o crescimento e o desenvolvimento do RNPT.

Após a análise dos estudos incluídos na revisão conclui-se que o contacto telefónico é considerado uma estratégia de seguimento remota e que contemporaneamente é adotado o sistema de videochamada dados os avanços que se verificaram na tecnologia e nos cuidados de saúde. Esta permite uma intervenção mais eficaz de enfermagem uma vez que permite além de ouvir, ver o RNPT no domicílio, avaliar a comunicação não-verbal e a gestão do ambiente. Constata-se assim que o contacto telefónico/videochamada é uma estratégia de seguimento eficaz do RNR no domicílio uma vez que permite aumentar a autoconfiança parental na prestação de cuidados e conseqüentemente, os ganhos em saúde para o RNPT, permite diminuir a taxa de reinternamentos e ida ao serviço de urgência, é uma estratégia flexível, sistematizada, custo-efetiva e defensora do ambiente ao diminuir o número de deslocações ao hospital.

Ressalva-se contudo que deve ser utilizada como uma estratégia complementar e que devem ser mantidas as consultas de enfermagem presenciais, tal como referidas nas investigações supracitadas. No que respeita às TIC começam a surgir novas estratégias que não foram alvo de investigação, como as aplicações móveis e as plataformas eletrónicas, as quais carecem de investigação da sua eficácia enquanto estratégias de seguimento do RNR no domicílio.

Nos Estados Unidos da América, existe um programa de seguimento dos RNR com alta da UCIN o “Baby CareLink”. Este é um aplicativo de telemedicina multifacetado desenvolvido para fornecer um atendimento individualizado e providenciar informação e suporte às famílias de RN de baixo peso ao nascimento. Este inovador uso das tecnologias de telemedicina permitiu melhorar a satisfação da família e o atendimento clínico, promovendo

o envolvimento da família, auxiliando no planeamento do regresso a casa e da educação para a saúde. Tal permitiu que os RN tivessem alta mais precocemente para o domicílio, diminuindo os gastos em saúde. Lindberg et al. em 2009 e Gray et al. em 2000 validaram os mesmos resultados, funcionando como um recurso complementar aos cuidados praticados na UCIN.

Em Portugal, não existe nenhum programa de seguimento do RNR formalizado, realizado de forma sistemática e que interligue os cuidados hospitalares aos cuidados de saúde primários. Atualmente, face à criação das Unidades Locais de Saúde, importa propor a criação de um programa de seguimento do RNR após o regresso a casa dados os benefícios que já foram suprarreferidos. Analisando os dados da revisão da literatura efetuada deve ser efetuado um contacto telefónico/videochamada entre 24h a 48h após a alta hospitalar, os contactos seguintes deverão ser agendados de acordo com as necessidades evidenciadas pela família e com a avaliação efetuada pelo enfermeiro, sendo que este contacto deve ser efetuado por um elemento conhecido pela família do RNPT e num local aonde seja assegurada a privacidade e a minimização das interrupções da videochamada. As estratégias de telessaúde deverão ser adotadas como um complemento ao seguimento presencial e com o objetivo de evitar deslocações desnecessárias aos serviços de saúde, uma vez que são intervenções eficazes, de baixo custo e que permitem uma otimização da gestão do horário tanto dos profissionais de saúde como da família do RNR.

Na pesquisa efetuada sobre esta temática, verifica-se que é uma área que teve um exponencial de crescimento embora já existissem alguns estudos com aplicabilidade prática há alguns anos principalmente para RN de termo. Face aos dados apresentados para esta população e dada a existência de alguns aspetos semelhantes em termos de parentalidade, deverá ser efetuada a investigação na sua aplicabilidade prática para o RNR.

Aquando da realização da revisão da literatura verificou-se a existência de artigos que relatavam a aplicação de estratégias de seguimento e das TIC no âmbito do cuidado ao RN de termo no domicílio.

Braveman et al. em 1996 validaram a eficácia da visita domiciliária após alta precoce de RN de baixo risco. O estudo efetuado por Hannan (2013) concluiu que através do seguimento telefónico é possível melhorar os indicadores de saúde tanto do RN como da sua mãe, reduzindo os custos inerentes aos cuidados de saúde, através da diminuição do número de reinternamentos, de idas ao serviço de urgência/pediatria, da diminuição do stresse e da depressão pós-parto e da otimização do crescimento e desenvolvimento infantil. O estudo efetuado por Kobayashi & Sado em 2019 validou igualmente a satisfação dos pais sobre o serviço de consulta telefónica. Sousa (2013) concluiu igualmente que os ganhos em saúde provenientes de um serviço eficiente de telenfermagem são inúmeros.

Por sua vez, o estudo desenvolvido por Isetta et al. (2012) baseou-se na criação de uma plataforma *Web* que permitia o seguimento do RNR após o regresso a casa (Isetta et al., 2012). Este estudo baseou-se num estudo efetuado previamente por Gray et al. (2000) que concluiu que existe a necessidade de alongar a partilha de informação entre pais e profissionais de saúde após a alta hospitalar a qual poderá ser colmatada através da utilização de plataformas interativas (Gray et al., 2000). Esta plataforma possibilitou ainda promover o envolvimento dos pais, e consequentemente, melhorar as competências parentais e a autoconfiança dos mesmos no cuidado ao RN (Isetta et al., 2012). Os resultados deste estudo foram novamente corroborados por Isetta et al. em 2013.

Mais recentemente a investigação tem-se debruçado sobre a aplicabilidade das aplicações móveis enquanto estratégia de seguimento após o regresso a casa principalmente do RN de termo. A sua eficácia e os ganhos em saúde daí provenientes foram confirmados nos seguintes estudos: Shorey et al. (2018), Shorey et al. (2017), Danbjørg et al. (2015) e Moon et al. (2017).

Sari & Altay efetuaram em 2020 um estudo que avalia a eficácia de um programa de educação parental via *web*. Este programa permitiu otimizar a autoeficácia parental e o crescimento e o desenvolvimento do RN. No Irão, em

2022, foi também desenvolvido um estudo por Okhovat et al., neste âmbito que obteve os mesmos resultados.

No que respeita ao RNPT, também foi desenvolvido um estudo sobre a eficácia de um programa de assistência domiciliária ao RNPT baseado numa aplicação de saúde móvel (*mHealthPHCP*). Esta investigação foi desenvolvida por Nayak et al. em 2019. Estes concluíram que a integração da tecnologia móvel nos cuidados de saúde pode ajudar a promover o crescimento e o desenvolvimento RNPT, a assegurar o seu acompanhamento e a promover a capacitação da sua família.

Face ao que foi referido nos capítulos anteriores, emerge a sugestão de uma proposta de estruturação do seguimento do RNR após o regresso a casa. Contudo carece da necessidade da realização de investigação neste âmbito, incluindo de revisões sistemáticas sobre as estratégias de telessaúde e da sua testagem na prática clínica.

Acresce ainda a necessidade de documentar esta prática e os ganhos em saúde obtidos, pois por vezes é efetuada de forma informal nas instituições, não sendo contabilizada enquanto gasto de horas despendido na prestação de cuidados. É igualmente importante refletir na forma como serão efetuados os registos, uma vez que o sistema de informação em enfermagem não está programado para efetuar registos de enfermagem neste domínio pelo é relevante encontrar uma forma de o fazer, demonstrando os ganhos em saúde e dando visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP. A informação registada deve ser visível e partilhada por todos os elementos que fizerem parte desta equipa multidisciplinar de seguimento do RNR após o regresso a casa.

Esta sugestão de estruturação do seguimento do RNR após o regresso a casa engloba: visita domiciliária por uma enfermeira do serviço de neonatologia/ou pediatria se for o caso, plataforma interativa com informação relevante para os pais, seguimento telefónico/videochamada e a aplicação móvel. Na plataforma interativa e na aplicação móvel deverá ser criada uma área que permita o contacto da família da criança após o regresso a casa com

os profissionais de saúde do serviço no qual esta esteve internada. Através da revisão bibliográfica efetuada considero que desta forma os pais do RNR sentir-se-ão mais seguros e apoiados, aumentando a qualidade dos cuidados prestados.

Por conseguinte, proponho a implementação do fluxograma de continuidade de cuidados do RNR após o regresso a casa apresentado no anexo I ao nível dos cuidados de saúde hospitalares em interligação com os cuidados de saúde primários. Pretende-se com este fluxograma que se encontra em anexo explicitar a articulação entre os diversos níveis de cuidado, uma vez que todos os elementos que o constituem têm funções diferentes e complementares. Este pretende dar resposta a esta realidade que pouca evidência tem, sendo um dos constrangimentos desta revisão da literatura. Apresenta-se igualmente como sugestão para futuras investigações ao nível da sua aplicabilidade e obtenção de ganhos em saúde.

A proposta de estruturação do seguimento após o regresso a casa do RNR através da CTE é apresentado no Anexo II. Este foi elaborado no âmbito desta revisão da literatura e criado para ser aplicado na UCIN aonde foi efetuado o estágio para se testar a sua eficácia e verificar os seus constrangimentos. É ainda proposto um telefonema de avaliação do telefonema de seguimento dado o processo de acreditação da qualidade a que as instituições de saúde são submetidas, o qual se encontra no Anexo III.

Neste âmbito foi ainda elaborada uma folha de registo dos contactos telefónicos efetuados esporadicamente pelos pais após o regresso a casa do RNR para se constatar quais os motivos que os levam a telefonar para UCIN, pois no momento da alta estes são informados que podem ligar para o serviço sempre que tiverem alguma dúvida, preocupação ou dificuldade. A folha de registo destes telefonemas é apresentada no Anexo IV. Pretendendo-se à posteriori cruzar estes dados, com o telefonema de seguimento e verificar quais as melhorias/alterações que deverão ser efetuadas no processo de ensino parental na UCIN. De notar que tanto o anexo II como o anexo III e IV

são passíveis de ser transitadas as tabelas e as questões formuladas para o *Sclínico*.

Atualmente verifica-se o início da implementação da inteligência artificial (IA) nos cuidados de saúde. A telessaúde poderá ser otimizada com o recurso à IA no entanto uma das maiores preocupações é a privacidade e a segurança dos dados que são guardados neste sistema. A IA otimiza a prestação de cuidados de saúde remotos e apoia na tomada de decisão em saúde, sendo possível introduzir algoritmos de orientação de cuidados. Portugal foi o primeiro país a criar e a definir uma lei para a aplicação da IA em 2021. A 21 de maio de 2024 o Conselho da União Europeia deu aprovação final à Lei da IA (Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal, 2024).

O potencial da aplicabilidade da IA aumenta simultaneamente ao progresso científico e tecnológico impactando de forma positiva a economia e a sociedade. O aumento massivo de dados digitais e do poder computacional, em conjunto com os algoritmos, permitiram aumentar as aplicações das ferramentas de IA. Prevê-se assim um aumento da qualidade dos cuidados prestados, além da colaboração na prática clínica diária, como por exemplo no processo de tomada de decisão, de tratamento e na otimização dos recursos. A sua implementação de forma organizada irá não só permitir aperfeiçoar os serviços de saúde mas sobretudo revolucioná-los (Dias, 2020).

Concluindo, podemos perspetivar no futuro a aplicação da IA juntamente com a telessaúde na prática dos cuidados de enfermagem pediátricos como por exemplo: ampla base de dados, precisão dos diagnósticos, *software* e sistemas de informação ágeis, gestão de recursos humanos e materiais, criação de soluções para suavizar o volume de trabalho: monitorização de doentes, gestão de doenças crónicas, cuidados personalizados, gestão de medicação, prestação de cuidados de saúde à distância, educação e envolvimento dos clientes. Apesar dos inúmeros benefícios surgem igualmente preocupações com a privacidade, com o toque humano e a segurança dos dados (Dias, 2020). Acresce ainda que no futuro os sistemas de informação em enfermagem serão baseados em arquétipos pelo que importa unir estas duas

vertentes na elaboração do novo sistema de registo em enfermagem, a qual potenciará a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados de enfermagem.

4. SÍNTESE FINAL

A prematuridade é uma situação inesperada e stressante para os pais, que lhes suscita inúmeras questões relacionadas com a sobrevivência do RNPT e a sua condição de saúde. O cuidado do RNPT é um dos objetivos internacionais de desenvolvimento dos cuidados de saúde para melhorar a saúde materna e infantil em todo o mundo. De acordo com um relatório da OMS, 1,5 milhões de RN nascem prematuramente em cada ano, o que corresponde a um em cada dez nascimentos em todo o mundo. Apesar do aumento da expectativa de vida dos RNPT, atribuído aos avanços da medicina e da tecnologia, as complicações crónicas da prematuridade continuam a ocorrer (Mahboobeh et al., 2023).

A taxa de prematuridade em Portugal é uma questão relevante para a saúde pública, dado o impacto que os nascimentos prematuros têm tanto na saúde do RN quanto no sistema de saúde. O RNPT enfrenta riscos significativos de complicações de saúde, como problemas respiratórios, dificuldades alimentares, e desafios no desenvolvimento neurológico. Essas complicações muitas vezes requerem cuidados intensivos neonatais prolongados e um seguimento rigoroso após o regresso a casa uma vez que os expõe a um maior risco de reinternamentos hospitalares.

Dadas as peculiaridades inerentes à prática de enfermagem de cuidados neonatais surgiu a necessidade de realizar um estágio numa UCIN de forma a adquirir conhecimentos e competências neste domínio. Considero que atingi todos os objetivos a que me propus e que o projeto que surgiu durante a realização do mesmo é de suma importância. A preparação do regresso a casa é essencial devido a todas as componentes que abrange, associado à necessidade do seguimento contínuo e a longo prazo do RNR de forma a potencializar os ganhos em saúde deste e da sua família e a minimizar as consequências inerentes no seu estado de saúde e no SNS.

Dentro dos RNR, o RNPT é o que maior prevalência tem. O RNPT recebe alta da UCIN quando adquire estabilidade e maturidade fisiológica e os

seus pais detêm competências parentais que lhes permitem cuidar do RNPT no domicílio de forma segura e autoeficaz (Robinson et al., 2016). Os pais enquanto cuidadores do RNPT necessitam de saber gerir e executar todos estes cuidados após o regresso a casa. O enfermeiro é o responsável pela ligação entre médicos, família e restantes elementos da equipa multidisciplinar, constituindo um elemento chave no que respeita à continuidade de cuidados.

O suporte aos pais e ao RNPT é uma intervenção desafiante para o enfermeiro dadas todas as valências que este abrange. Neste contexto, surgiram internacionalmente alguns programas de seguimento do RNPT de acordo com as necessidades deste e da sua família e tendo em consideração a perspetiva e a especificidade da família aonde este está inserido (Mahboobeh et al., 2023).

Em Portugal não se verifica a existência de um programa de seguimento estruturado e formalizado de seguimento do RNPT com recurso complementar à telessaúde. Este seguimento por parte dos cuidados de saúde é crucial dada a necessidade de monitorizar o crescimento e o desenvolvimento do RNPT e fornecer suporte adequado às famílias, cujo objetivo supera a maximização dos ganhos em saúde pretende igualmente minimizar as consequências da prematuridade a longo prazo (Galeano & Maya, 2023).

Na sua prática clínica diária, os enfermeiros devem considerar as novas tecnologias como um meio flexível e rápido para prestar cuidados, através da orientação e da educação em saúde, mantendo os clientes no domicílio, prevenindo reinternamentos, otimizando a gestão do tempo e dos gastos em saúde (Martins e Lopes, 2010).

Basilar à prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica é o CCF, que permite apoiar e respeitar os pais na prática de cuidados ao seu filho, considerando-os parceiros no ato de cuidar e de tomar decisões em saúde. Importa reconhecer os pontos fortes, as habilidades e os recursos da família (Hägi-Pedersen, Kronborg, et al., 2021). Durante o internamento na UCIN os pais do RNR são dotados de conhecimentos e competências necessárias ao cuidado do RNR no domicílio. Associado a esse

fator acresce que estes são parte integrante da equipa de cuidados, sendo considerados no processo de tomada de decisão de forma a assegurar que estes exercem a sua paternidade e desenvolvam confiança e segurança na prestação de cuidados, esclarecendo todas as questões e dúvidas que possuem e de forma a assegurar que estes recebem todo o apoio emocional que necessitam (Galeano & Maya, 2023).

Não obstante, importa também capacitar todos os elementos da família do RN que lhe irão prestar cuidados, para que estes possam providenciar um apoio social que dê resposta não só às necessidades do RNPT mas também às dos seus pais (Galeano & Maya, 2023).

O EEESIP detém um conhecimento técnico científico aliado ao conhecimento proveniente da prática que lhe permite prestar um cuidado humanizado, multidimensional e sistematizado, assegurando a continuidade de cuidados não só ao nível hospitalar, mas também ao nível comunitário e recorrendo às TIC quando estas estão disponíveis, uma vez que estas permitem prestar cuidados de saúde eficazes, rápidos, seguros e eficientes, com um baixo custo e com rentabilização dos recursos humanos disponíveis. As intervenções *eHealth*, com base na telemedicina, surgem neste contexto como uma tendência de reduzir os custos em saúde sem prejudicar a qualidade do serviço oferecido.

No contexto desta revisão da literatura e face à conclusão de que a CTE/videochamada são estratégias eficazes de seguimento do RNR em ambulatório importa ressaltar alguns aspetos da sua realização: o enfermeiro deve adotar uma postura empática, compreensiva, sem efetuar julgamentos, manter a parceria com os pais na tomada de decisão, manter o contacto visual (videochamada), a flexibilidade, o compromisso, a tolerância e o interesse, fomentando a verbalização de sentimentos, emoções e ideias, disponibilizando espaço para a realização de questões.

As instituições de saúde devem contribuir para a realização de uma prática baseada na evidência e para a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade e seguros. Através das TIC é possível prestar cuidados

sistematizados e sistemáticos, com obtenção de ganhos em saúde que são mensuráveis através dos seus indicadores, sendo possível a avaliação contínua dos mesmos. Portugal dispõem de uma rede nacional de telessaúde o que facilita o acesso a cuidados de saúde através de consultas remotas.

A utilização das TIC na prestação de cuidados não exclui a responsabilidade, a competência, a ética e a segurança inerente aos cuidados de enfermagem, sendo assegurada a confidencialidade, a privacidade e a segurança dos dados e dos cuidados prestados aos clientes.

O uso da telessaúde em programas de seguimento de RNPT tem vindo a crescer, especialmente em resposta à necessidade de oferecer cuidados continuados de forma acessível e segura, particularmente em contextos onde a deslocação até ao hospital pode ser desafiante. Em Portugal, algumas unidades hospitalares já começam a integrar a telessaúde nos seus programas de seguimento neonatal embora ainda não existam resultados partilhados. Atualmente, algumas instituições de saúde do norte do país começam a realizar teleconsulta com sistema de videochamada, tanto da parte médica como da parte de enfermagem, através das plataformas digitais para contactar com pais de RNPT que residem em áreas mais remotas, o que lhes possibilita o contacto com especialistas, sem a sobrecarga da deslocação ao hospital, permitindo um seguimento contínuo do RNPT em tempo real. A telessaúde permite o suporte contínuo do desenvolvimento do RN intervindo rapidamente em caso de necessidade, possibilita igualmente a flexibilização dos cuidados no que respeita ao agendamento de consultas e possibilita a monitorização remota, no caso em que o RNPT necessita de utilizar estes dispositivos, o que aumenta o rigor da vigilância prestada.

A CTE (ou videochamada) pode ser síncrona ou assíncrona. Esta permite interatividade e o rigor de horários nos cuidados prestados. Ressalva-se a necessidade de ter em consideração a privacidade e a informação que é transmitida uma vez que devido à câmara não é possível saber quem está a ver e a ouvir. Esta tem como benefícios: a prática de um modelo de cuidado flexível, reduz o risco de infeção, aumenta a comodidade ao reduzir as

deslocações, permite um acompanhamento articulado e contínuo, promove a capacitação do cuidador na gestão dos cuidados e permite ultrapassar barreiras geográficas e temporais nos cuidados de saúde.

A realização da teleconsulta pressupõe a existência de um procedimento aonde constem os critérios e as normas para a realização da mesma, devendo esta ser registada no processo do doente. Este contacto após o regresso a casa permite promover a continuidade de cuidados, garantir uma avaliação dos ensinamentos realizados, assegurar a confiança dos pais nos cuidados parentais e promover a parceria de cuidados.

A aplicação da telessaúde aos cuidados de enfermagem impõe algumas limitações como por exemplo: acesso à tecnologia que muitas famílias não têm como por exemplo uma conexão à internet robusta e a necessidade da realização do exame físico por profissionais de saúde em algumas situações. O maior desafio reside na necessidade de formação e de adaptação dos serviços de saúde e da população a esta nova dinâmica da prática de cuidados.

Em suma, o recurso à telessaúde no seguimento de RNR oferece uma alternativa eficiente e conveniente às consultas presenciais, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Constata-se que as novas tecnologias deixaram de ser uma barreira para a prestação de cuidados de saúde, funcionando como meio de prestação dos mesmos. Contudo existe a necessidade do investimento inicial nas TIC, na formação, na capacitação dos profissionais de saúde e conseqüentemente a necessidade da sua manutenção e atualização quando se prestam cuidados através destes meios de comunicação. A telessaúde deverá ser uma estratégia a ser associada aos cuidados de saúde convencionais de forma a potenciá-los.

Após a realização da presente revisão da literatura e face à prática clínica atual, denota-se que é necessário efetuar mais investigações neste âmbito em Portugal, principalmente do recurso a outras estratégias de seguimento do RNR como por exemplo aplicações telefónicas, plataformas eletrónicas e visita domiciliária. Importa igualmente criar um programa de seguimento do RNR com recurso a estas novas tecnologias formalizado e

sistematizado e testar a sua eficácia na prática clínica em termos de ganhos em saúde, de gestão de recursos humanos, de diminuição dos custos associados aos cuidados de saúde e do seu registo nos sistemas de informação em enfermagem, uma vez que no futuro, também estes sofrerão alterações e serão construídos com base em arquétipos. Como limitação deste processo de revisão ressalva-se os poucos estudos desenvolvidos neste âmbito pelo que esta temática carece de mais investigação.

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade do EEESIP promover a adaptação dos pais a esta realidade. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, capacitando-os de conhecimentos e de habilidades, para que eles possam ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (OE, 2015).

Concluindo, a eficiência da resposta às necessidades emergentes de saúde e aos novos desafios que se colocam na saúde, fazem com o enfermeiro assumam um papel epicêntrico na otimização da qualidade e da segurança dos cuidados. A realização deste estágio permitiu a aquisição de conhecimentos e de competências que de outra forma não teriam sido adquiridas. Dadas as especificidades da UCIN aonde foi efetuado o estágio foi possível desfrutar de diversas experiências que noutros locais não teria sido exequível. Considero que a sua realização foi uma mais-valia, no meu percurso formativo, uma vez que além dos conhecimentos teóricos e das competências práticas me permitiu desenvolver competências de relacionamento interpessoal e de reflexividade crítica da prática clínica, da qual resultou a revisão da literatura efetuada.

BIBLIOGRAFIA

Acevedo, D. H., Becerra, J. I. R., & Martínez, A. L. (2017). The philosophy of the developmental centred care of the premature infant (NIDCAP): A literature review. *Enfermería Global*, 48, 590-601. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/en_1695-6141-eg-16-48-00577.pdf;

Agência para o Investimento e Comércio Externo de Portugal. (2024). *Lei da Inteligência Artificial da União Europeia*. <https://www.portugalglobal.pt/pt/noticias/lei-da-inteligencia-artificial-da-uniao-europeia/>;

Alcântara, J. C. O. (2023). Um protocolo de ventilação mecânica neonatal de um hospital público. *Revista Multidisciplinar da Saúde (RMS)*, 05(01), p. 49 – 61. <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/1996>;

Allen, M., Aylott, M., Loyola, M., Moriz, M., & Saffarek, L. (2015). Nurses: Extending care through telehealth. *Studies in Health Technology and Informatics*, 208, 35-39. <http://ebooks.iospress.nl/publication/38712>>;

Alves, A. M. R., Rodrigues, V. D., Soares, W. D., & Junior, R. S. M. (2022). Revisão de literatura e suas diferentes características. *Editora Científica Digital*, 1, 46-53. <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220509058.pdf>;

Anacleto, L. A., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Vieira, B. D. G., Pereira, A. V., & Almeida, V. L. M. (2021). Hospital discharge management of premature newborns: nurses' knowledge. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 634-639. https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9359/pdf_1;

Antunes, B. S., Quadros, D. C. R., Correa, F. O., Silva, G. A., Macedo, I. T. S., & Silva, L. (2023). Planejamento da alta hospitalar do recém-nascido prematuro realizado por enfermeiros. *Peer Review*, 5(21), 505-514. <https://peerw.org/index.php/journals/article/view/1124/710>;

Araujo, C. M. M. O., Silva, C. T. S., Macedo, F. L. C., Silva, J. C., Palombo, C. N. T., & Martins, R. D. F. (2023). Critérios relacionados à alta hospitalar segura do recém-nascido: uma revisão integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 12(2), 1-18. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v12n2/2393-6606-ech-12-02-e3198.pdf>;

Bajaña, G., Carvajal, F., Cifuentes, J., Gallardo, P., Kattan, J., Méndez, A., Salinas, J. A., Sandino, D., & Urzúa, S. (2021). Recomendaciones de organización, diseño, características y funcionamiento de servicios o unidades de neonatología. *andes pediátrica*, 92(1), 138-150. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.3553>;

Baraldi, E., Allodi, M. W., Smedler, A., Westrup, B., Löwing, K., & Ådén, U.

(2020). Parents' experiences of the first year at home with an infant born extremely preterm with and without post-discharge intervention: ambivalence, loneliness, and relationship impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-26. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9326>;

Barros, R. A. V. (2023). *Análise espacial do número de nascimentos prematuros em Portugal: uma abordagem bayesiana* [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/59076>;

Batista, C. D. M., Monteiro, J. C., Pinheiro, V. R., Soares, T. B., Lima, F. C., Nascimento, M. H. M., Garcez, J. C. D., & Ueno, T. M. R. L. (2019). Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health*, 35, 1-6. <https://doi.org/10.25248/reas.e1593.2019>;

Becker, T. A. C. (2010). *O acompanhamento por telefone como estratégia de intervenção de enfermagem no processo de aplicação de insulina no domicílio*. [Tese de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/mestrado/Mestrado_Tania_Alves.pdf;

Becker, T. A. C., Teixeira, C. R. de S., & Zanetti, M. L. (2012). Intervenção de enfermagem na aplicação de insulina: acompanhamento por telefone. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 67-73. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/11.pdf>;

Bernardino, F. B. S., Silva, E. F. L., Mufato, L. F., Silveira, A. O., & Gaíva, M. A. M. (2022). Continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo egresso da unidade neonatal: vivências de familiares. *Texto e Contexto Enfermagem*, 31, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0096pt>;

Bernardino, F. B. S., Silva, E. F. L., Silva, R. A., Mufato, L. F., Viera, C. S., & Gaíva, M. A. M. (2022). Experiência de familiares no cuidado do recém-nascido pré-termo egresso de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Rene*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222380705>;

Biazus, G. F., Kaminskia, D. M., Silveira, R. C., & Procianoya, R. S. (2023). Incidence of nasal pressure injury in preterm infants on nasal mask noninvasive ventilation. *Revista Paulista de Pediatria*, 41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10014020/>;

Braga, P. P., & Sena, R. R. (2012). Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 975-980. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a23.pdf>;

Brassarola, H. G. M., Natarelli, T. R. P., & Fonseca, L. M. M. (2023). Uso do

grupo de *WhatsApp*® no acompanhamento pós-alta do bebê prematuro: implicações para o cuidado em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 27, 1-9.

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0205pt>;

Braveman, P., Miller, C., Egarter, S., Bennett, T., English, P., Katz, P., & Showstack, J. (1996). Health service use among low-risk newborns after early discharge with and without nurse home visiting. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 9(4), 254-260. <https://doi.org/10.3122/jabfm.9.4.254>;

Bunik, M. (2015). Breastfeeding Telephone Triage And Advice 2nd Edition (2nd ed.). *American Academy of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/9781581109528>;

Busatto, E., Diaz, C. M. G., Teixeira, D. A., Oliveira, P. P., Benedetti, F. J., & Costenaro, R. G. S. (2021). Cuidados com o recém-nascido após alta hospitalar: orientações aos pais. *Research, Society and Development*, 10(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12541>;

Car, J., & Sheikh, A. (2003). Telephone consultations. *BMJ*, 326(7396), 966-969. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153854/pdf/966.pdf>;

Carvalho, S. K. L., Moura, A. C. R. S., Castro, M. C. O., Sousa, L. L., Rodrigues, M. I. M., Rego, E. H. C., Oliveira, K. F., & Medeiros, R. C. (2021). Benefícios do método canguru em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 34(2), 67-73. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210408_085852.pdf;

Carvalho, N. A. R., Santos, J. D. M., Sales, I. M. M., Araújo, A. A. C., Sousa, A. S., Morais, F. F., & Rocha, S. S. (2021). A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-9. <https://www.scielo.br/j/ape/a/v6FbF3m4sT7PPgHzZyJtCZC/?format=pdf&lang=pt>;

Çelik, R., & Altay, N. (2023). The role of nurses in preparing mothers of premature infants for discharge and home care. *Journal of Education and Research in Nursing*, 20(4), 387-392. https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_20_4_387_392.pdf;

Chandebois, L., Nogue, E., Bouschbacher, C., Durand, S., Florence Masson, F., Mesnage, R., Nagot, N., & Cambonie, G. (2021). Dissemination of newborn behavior observation skills after newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) implementation. *Nursing Open*, 8, 3547-3557. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33956404/>;

Corrochel, I. S., Ued, F. V., Silva, M. P. C., Rocha, J. B. A., Ruiz, M. T., & Contim, D. (2021). Tecnologia, humanização e bioética: percepções de enfermeiras que atuam no cuidado intensivo neonatal. *Research, Society and Development*, 10(12), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20500>;

Costa, N., & Gonçalves, D. C. (2021). O equilíbrio entre a arte do cuidar e a

enfermagem como ciência: uma perspetiva histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2), 62-64. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/49338>;

Coutinho, J. S. L., Souza, S. M., Macedo, M. A. A., Domingos, C. S., Souza, L. M., Paz, D. D., & Toledo, L. V. (2022). A assistência de enfermagem a partir da consulta remota: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.25248/REAS.e9646.2022>;

Couto, F. F., & Praça, N. S. (2009). Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(4), 886-891. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a27.pdf>;

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Lusociência;

Cruz, F. O., Ferreira, E. B., & Reis, P. E. (2014). Consulta de enfermagem via telefone: relatos dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 4(2), 1090-1099. <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/639/743>;

Dalfior, C. S., Ogradowski, K. R. P., Marchiorato, A. A. L., & Hack, N. M. R. A. S. (2022). O cuidado centrado na família no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal. *Studies in Health Sciences*, 3(1), 369-380. <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/shs/article/view/338>;

Danbjørg, D. B., Wagner, L., Kristensen, B. R., & Clemensen, J. (2015). Intervention among new parents followed up by an interview study exploring their experiences of telemedicine after early postnatal discharge. *Midwifery*, 31(6), 574-581. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25765743/>;

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, n.º 102. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>;

Dias, M. B. (2020). *Inteligência Artificial na prestação dos cuidados de saúde e a perspectiva dos médicos portugueses*. [Master's thesis, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/129610>;

Direcção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. DGS.

Duarte, E. D., Sena, R. R., & Tavares, T. S. (2010). Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 539-546. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.7509>;

Duarte, S. C. M., Azevedo, S. S., Muinck, G. C., Costa, T. F., Cardoso, M. M. V.

N., & Moraes, J. R. M. M. (2020). Best safety practices in nursing care in neonatal intensive therapy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0482>;

Elliott, S., & Reimer, C. (1998). Postdischarge telephone follow-up program for breastfeeding preterm infants discharged from a special care nursery. *Neonatal Network*, 17(6), 41-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9832757>;

Engenheiro, O. B., & Carvalho, G. M. A. (2020). Estratégias na continuidade do cuidado pós-alta a recém-nascidos prematuros ou de baixo peso. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 6(1), 2100 – 2115. https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/398;

Entidade Reguladora da Saúde. (2024). *Os direitos dos utentes na prestação de teleconsultas*. ERS;

Fathi, O., Nelin, L. D., Shepherd, E. G., & Reber, K. M. (2022). Development of a small baby unit to improve outcomes for the extremely premature infant. *Journal of Perinatology*, 42, 157–164. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-00984-0>;

Feitosa, A. R. S., Fontinele, L. F., Santiago, A. K. C., Oliveira, L. A. M., & Costa, G. S. (2018). Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 22(1), 100-106. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180303_175311.pdf;

Felizardo, M. J. A., Henriques, N. L., Silva, J. B., Macêdo, M. M. L., Charepe, Z. B., & Duarte, E. D. (2020). Vivências das famílias no cuidado domiciliar às crianças prematuras: revisão sistemática qualitativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/3906/2524>;

Figueira, A. L. S. (2023). *Competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Empowerment Parental sobre o Toque no lactente* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/50417>;

Fogaça, M. D., Serafim, C. T. R., Castro, M. C. N., Russo, N. C., Spiri, W. C., & Lima, S. A. M. (2021). Carga de trabalho de enfermagem: perfil da assistência em neonatologia. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 15(2). <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246921>;

Fonseca, N. C. S., Arrieira, R. O., Barrosa, F. C. L. F., & Portelinha, M. K. (2021). Avaliação do acompanhamento clínico de recém-nascidos pré-termo egressos da unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital universitário no sul do Brasil. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, 33(2), 40-47. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i2.12619>;

Frota, M. A., Silva, P. F. R., Moraes, S. R., Martins, E. M. C. S., Chaves, E. M.

C., & Silva, C. A. B. (2013). Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery*, 17(2), 277-283.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/h99sJ3D6CZbHQ6hzV5FrGwr/?format=pdf&lang=pt;>

Gaiva, M. A. P., Rodrigues, E. C., Toso, B. R. G. O., & Mandetta, M. A. (2021). *Cuidado Integral ao Recém-Nascido Pré-Termo e à Família*. Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras. [https://journal.sobep.org.br/cuidado-integral-ao-recem-nascido-pre-termo-e-a-familia/;](https://journal.sobep.org.br/cuidado-integral-ao-recem-nascido-pre-termo-e-a-familia/)

Galeano, S. P. O., & Maya, A. M. S. (2023). Preparing parents for discharge from the neonatal unit, the transition, and care of their preterm children at home.

Investigación y Educación en Enfermería, 41(1).

<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e04;>

Gomes, M. P., Sarátyl, S. B., Pereira, A. A., Parentel, A. T., Santana, M. E., Cruz, M. N. S., & Figueira, A. D. M. (2021). Conhecimento de mães sobre cuidados de recém-nascidos prematuros e aplicação do método canguru no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0717;>

Gray, J. E., Safran, C., Davis, R. B., Pompilio-Weitzner, G., Stewart, J. E., Zaccagnini, L., & Pursley, D. (2000). CareLink: using the internet and telemedicine to improve care for high-risk infants. *Pediatrics*, 106(6), 1318-1324.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/106/6/1318>>;

Gulia, S., Kaur, K., Devi, S., Singh, S., & Rohilla, K. K. (2022). Nurses in NICUs' views on nosocomial infection prevention. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 1-5. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35847150/;](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35847150/)

Hägi-Pedersen, M., Dessau, R. B., Norlyk, A., Stanchev, H., & Kronborg, H. (2022). Comparison of video and in-hospital consultations during early in-home care for premature infants and their families: a randomised trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(1), 24-36.

[https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X20913411;](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X20913411)

Hägi-Pedersen, M., Kronborg, H., & Norlyk, A. (2021). Video consultation as nursing practice during early in-home care for premature infants and families viewed from the families' homes'. *Nursing Open*, 8(2), 824-832.

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33570301/;](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33570301/)

Hakimnia, R., Holmström, I. K., Carlsson, M., & Höglund, A. T. (2014). Exploring the communication between telenurse and caller. A critical discourse analysis.

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 9(24255), 1-9.

[https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3402/qhw.v9.24255?needAccess=true;](https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3402/qhw.v9.24255?needAccess=true)

Hannan, J. (2013). APN telephone follow up to low-income first time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 262-270.

[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.04065.x/epdf;](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.04065.x/epdf)

Hatfield, L. A., Murphy, N., Karpc, K., & Polomano, R. C. (2019). A systematic review of behavioral and environmental interventions for procedural pain management in preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, *44*, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.004>;

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. (10^a ed.). Elsevier;

Im, M., & Oh, J. (2021). Nursing support perceived by mothers of preterm infants in a neonatal intensive care unit in south korea. *Child Health Nursing Research*, *27*(2), 146-159. <https://doi.org/10.4094/chnr.2021.27.2.146>;

Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*;

Instituto Joanna Briggs. (2024). *JBI Manual for evidence synthesis*. JBI;

Isetta, V., Vila, M., Cucala, M., Lopez-Agustina, C., Clemente, A., & Farré, R. (2012, janeiro 30-4 fevereiro). *Telenursing Service For Neonatal Post-Discharge Home Care*. [Conference session]. eTELEMED 2012: The Fourth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine, Valência. https://www.thinkmind.org/index.php?view=article&articleid=etelemed_2012_3_20_40034;

Isetta, V., Lopez-Agustina, E., Amat, M., Vila, M., Valls, C., Navajas, D., & Farre, R. (2013). Cost-effectiveness of a new internet-based monitoring tool for meonatal post discharge home care. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(2), 1-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636285/>;

Jahromi, M. K., Javadpour, S., Taheri, L., & Poorgholami, F. (2016). Effect of nurse-led telephone follow ups (tele-nursing) on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients. *Global Journal of Health Science*, *8*(3), 168-173. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804080/pdf/GJHS-8-168.pdf>;

Jiménez-Palomares, M., Fernández-Rejano, M., Garrido-Ardila, E. M., Montanero-Fernández, J., Oliva-Ruiz, P., & Rodríguez-Mansilla, J. (2021). The impact of a preterm baby arrival in a family: a descriptive cross-sectional pilot study. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(4494), 1-12. <https://doi.org/10.3390/jcm10194494>;

Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI Levels of Evidence FAME*. JBI;

Kobayashi, H. & Sado, T. (2019). Satisfaction of a new telephone consultation service for prenatal and postnatal health care. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *45*(7), 1376-1381. <https://doi.org/10.1111/jog.13987>;

Lacerda, A. F. (2018). Está aberta a porta aos cuidados paliativos pediátricos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *49*, 257-259. <https://doi.org/10.25754/pjp.2018.14712>;

Leite, P. I. A. G., Pereira, F. G., Demarchi, R. F., Hattori, T. Y., Nascimento, V.

F., & Terças-Trettel, A. C. P. (2020). Humanização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 9(1), 90-102.

<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3649>;

Lindberg, B., Axelsson, K., & Ohrling, K. (2009). Experience with videoconferencing between a neonatal unit and the families' home from the perspective of certified paediatric nurses. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15(6), 275-280. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19720763/>;

Lorentz, M. M. - Telenursing and home healthcare. The many facets of technology. (2008). *Home Healthcare Nurse*, 26(4), 237-243. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18408517>;

Lyu, T., Zhang, Y., Hu, X., Gu, Y., Li, L., & Lau, C. (2020). Management of oral feeding challenges in neonatal intensive care units (NICUs): a national survey in china. *Frontiers in Pediatrics*, 8(336), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00336>;

Magalhães, P. A. F., D'Amorim, A. C. G., Oliveira, E. F. A. L., Ramos, M. E. A. R., Mendes, A. P. D. A., Barbosa, J. F. S., & Reinaux, C. M. A. (2022). Alternância de máscara nasal com pronga nasal reduz a incidência de lesão nasal moderada a grave em prematuros em uso de ventilação não invasiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 34(2), 247-254.

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/RKkNMbzRcBpcNCPqCptqDzG/?format=pdf&lang=pt>;

Mahboobeh, N., Atefeh, S., Asghar, E., & Hamed, Z. (2023). Development of a post discharge telecare program for premature infants in covid 19 era: protocol for a mixed methods study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 1-7. https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2023/08310/development_of_a_post_discharge_telecare_program.261.aspx;

Martins, M. M. N. M. A. M. (2009). *A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente/Família com Dor Crónica*. [Unpublished master's thesis]. Universidade Aberta;

Martins, M., & Lopes, M. A. (2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 39-57.

<https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/37/34>;

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Hilfinger, D. K. M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing_transitions__an_emerging_middle_range.6.aspx;

Mena, L. S., Silva, R. C., Porto, A. R., Zillmer, J. G. V., & Barcellos, C. R. B.

(2019). Peripherally inserted of central catheter of in neonatology: potentials and fragilities according to nurses' perspective. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(4). <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/47495/pdf>;

Menezes, A. C. S., Vieira, F. L. R., Almeida, J. F. O., & Gomes, M. M. (2022). Aplicativos móveis para apoio à amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal: revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 22, 1-11. <https://journal.sobep.org.br/article/aplicativos-moveis-para-apoio-a-amamentacao-de-recem-nascidos-prematuros-na-unidade-neonatal-revisao-integrativa/>;

Moon, R. Y., Hauck, F. R., Colson, E. R., Kellams, A. L., Geller, N. L., Heeren, T., Kerr, S. M., Drake, E. E., Tanabe, K., McClain, M., & Corwin, M. J. (2017). The Effect of nursing quality improvement and mobile health interventions on infant sleep practices: a randomized clinical trial. *JAMA*, 318(4), 351–359. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593130/pdf/nihms900461.pdf>;

Naef, R., Kläusler-Troxler, M., Ernst, J., Huber, S., Dinten-Schmid, B., Karen, T., & Petry, H. (2020). Translating family systems care into neonatology practice: a mixed method study of practitioners' attitudes, practice skills and implementation experience. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103448>;

Nayak, B. S., Lewis, L. E., Margaret, B., Bhat, R., D'Almeida, J., & Phagdol, T. (2019). Randomized controlled trial on effectiveness of mHealth (mobile/smartphone) based preterm home care program on developmental outcomes of preterms: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 75(2), 452-460. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30375032/>;

Neto, F. M. J. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9733>;

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program Federation International. (2020). *Ten Pearls of NIDCAP Wisdom for Parents of Hospitalized Babies*. <https://nidcap.org/wp-content/uploads/2020/09/Ten-Pearls-of-NIDCAP-Wisdom-for-Parents-of-Hospitalized-Babies.pdf>;

Nietsche, E. A., Papa, M. M., Terra, L. G., Reisdorfer, A. P., Ramos, T. K., & Antunes, A. P. (2020). Método canguru: estratégias de educação permanente para sua implementação e execução. *Revista Cuidarte*, 11(1), 1-15. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.897>;

Okhovat, F., Okhovat, S., Karimiankakolaki, Z., & Yoshany, n. (2022). The effect of educational support intervention including peer groups for infant care on the growth rates of infants, breastfeeding self-efficacy and quality of life of their mothers in Iran: study protocol. *Reproductive Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01523-6>;

Oliveira, A., Camboim, F. F., Goes, E. P., & Lima, M. A. (2024). Cuidados do enfermeiro para a promoção do crescimento e desenvolvimento dos prematuros: revisão sistemática. *Concilium*, 24(11).
<https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/3565/2162>;

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. OE;

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. OE;

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. OE;

Ordem dos Enfermeiros (2021). Dia Mundial da Prematuridade.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-mundial-da-prematuridade/>;

Organização Mundial de Saúde. (1997). *Health informatics and telemedicine*. OMS;

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Telemedicine: Opportunities e developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. OMS;

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*. OMS;

Palmer, M. J., Henschke, N., Bergman, H., Villanueva, G., Maayan, N., Tamrat, T., Mehl, G. L., Glenton, C., Lewin, S., Fønhus, M. S., & Free, C. (2020). Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32813276/>;

Parecer CJ – 102/2009 Sobre: Consulta de Enfermagem por Via Telefónica. (2009). Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf;

Pereira, H. P., Makuch, M. V., Freitas, J. S., Secco, I. L., & Danski, M. T. (2020). Cateter central de inserção periférica: práticas de enfermeiros na atenção intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*, 11(4), 188-193.
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3193>;

Pereira-da-Silva, L., Pissarra, S., Gomes, A., Barroso, R., Fernandes, C., Virella, D., Macedo, I., Santos, E., Teles, A., & Cardoso, M. (2023a). Guidelines for enteral nutrition in infants born preterm: 2023 update by the portuguese neonatal society. Part I. Nutrient requirements and enteral feeding approach during the hospital stay. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 54(4), 253-263.

https://pjp.spp.pt/frame_eng.php?id=24;

Pereira-da-Silva, L., Pissarra, S., Gomes, A., Barroso, R., Fernandes, C., Virella, D., Macedo, I., Santos, E., Teles, A., & Cardoso, M. (2023b). Guidelines for enteral nutrition in infants born preterm: 2023 update by the portuguese neonatal society. Part II. Enteral feeding in specific clinical conditions and feeding after discharge. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 54(4), 264-270.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/11/Soc-Port-Neonatal.-Part-II.-Port-J-Pediatr-2023.pdf>;

Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A. R., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A., Amorim, V., Lopes, P., Matos, R. C., Marques, A., & Ferreira, R. J. O. (2022). Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 125-138.

<https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/171>;

Pinheiro, S. R. C. S., Gubert, F. A., Martins, M. C., Beserra, E. P., Gomes, C. C., & Feitosa M. R. (2023). Autoeficácia e apoio social das mães de prematuros em unidade neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23, 1-7.

<https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000289>;

Prazeres, L. E. N., Ferreira, M. N. G. P., Ribeiro, M. A., Barros, B. T. D., Barros, R. L. M., Ramos, C. S., Lima, T. F. S., Oliveira, V. M. L. P., Andrade, J. M. G., Campos, J. E. R., Martins, A. C., Vale, K. M., Paula, M. C., Santos, L. S. C., & Santos, A. F. M. (2021). Atuação do enfermeiro nos cuidados em unidades de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(6), 1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.14588>;

Pucca, B. G., Ribeiro, M. R. R., Acosta, A. M., Costa, D. G., Milionie, K. C., & Oliveira, J. L. C. (2022). Elementos de segurança e compreensão de orientações na alta em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210262.pt>;

Queiroz, M. A. S., Brasil, C. C. P., Cabral, C. B. M., Porto, A. C. L., Barbosa, P. M. E., & Sousa, R. C. (2022). Tecnologias eHealth direcionadas aos pais para o cuidado de bebês prematuros: revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 13. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e693>;

Ramelet, A., Fonjallaz, B., Rapin, J., Gueniat, C., & Hofer, M. (2014) Impact of a telenursing service on satisfaction and health outcomes of children with inflammatory rheumatic diseases and their families: a crossover randomized trial study protocol. *BMC Pediatrics*, 14(151), 1-12.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4067521/pdf/1471-2431-14-151.pdf>;

Ramírez, D. F. B., Pabón, N. G., González, L. L., & Afanador, N. P. (2011). Seguimiento al plan de egreso hospitalario con uso de tecnologías de la información y la comunicación (teléfono fijo-móvil y/o mensajes de texto) a cuidadores familiares de

niños con enfermedad crónica en el instituto de ortopedia infantil roosevelt. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 93-105. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1636/1057>;

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. (2010). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.pdf;

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. (2011). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamentao_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf;

Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 133. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regul_422_2018.pdf;

Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, nº 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>;

Regulamento n.º 613/2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022). Diário da República: II série, nº 131. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>;

Resende, C., Martins, D., Faria, D., & Taborda, A. (2017). Neurodesenvolvimento em crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso: fatores de risco ambientais e biológicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48, 212-221. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/10366>;

Robinson, C., Gund, A., Sjöqvist, B., & Bry, K. (2016). Using telemedicine in the care of newborn infants after discharge from a neonatal intensive care unit reduced the need of hospital visits. *Acta Pædiatrica*, 105(8), 902-909. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074256/pdf/APA-105-902.pdf>;

Rodrigues, B. C., Uema, R. T. B., Rissi, G. P., Felipin, L. C. S., & Higarashi, I. H. (2019). Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, 20, 1-8. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/39767/pdf>;

Rosa, N. C., Rolim, R., Almeida, T. R. A., & Carr, A. M. G. (2017). Uso Da Oxigenoterapia de alto fluxo em pediatria e neonatal: revisão de literatura. *Revista Saúde*, 11(1-2), 91-102. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7583058>;

Santos, Andrea Oliveira (2011). *NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados...*

NASCER E CRESCER revista do hospital de crianças maria pia, XX (1), 26-31.
<https://scielo.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

Santos, K. F. M., Andrade, A. F. S. M., Torres, R. C., Teles, W. S., Debbo, A., Silva, M. C., Azevedo, M. V. C., Barros, A. M. M. S., Silva, M. H. S., Morais, A. L. J., & Junior, P. C. C. S. (2021). A enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Research, Society and Development*, 10(7), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16428>;

Sassá, A. H., Gaíva, M. A. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2014). Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. *Acta Paulistana Enfermagem*, 27(5), 492-498.
http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0492.pdf;

Sari, C., & Altay, N. (2020). Effects of providing nursing care with web-based program on maternal self-efficacy and infant health. *Public Health Nurse*, 37(3), 380-392. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32017251/>;

Sarik, D. A., Matsuda, Y., Terrell, E. A., Sotolongo, E., Hernandez, M., Tena, F., & Lee, J. (2022). A telehealth nursing intervention to improve the transition from the neonatal intensive care unit to home for infants & caregivers: preliminary evaluation. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, 139-147.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36116347/>;

Schlachta-Fairchild, L., Elfrink, V., & Deickman, A. (2008). *Patient Safety, Telenursing, and Telehealth. In Agency for Healthcare Research and Quality. Hughes, R.G. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses.* Rockville.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21328785/>;

Scott, A. (2017). A new type of care. *Community Practitioner*, 30-33.
<https://research.ebsco.com/c/vucumc/viewer/pdf/vivtirdgyj>;

Shi, Y., & Luca, D. (2019). Continuous positive airway pressure (CPAP) vs noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV) vs noninvasive high frequency oscillation ventilation (NHFOV) as postextubation support in preterm neonates: protocol for an assessor-blinded, multicenter, randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 19(256), 2-15. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1625-1>;

Shorey, S., Yang, Y. Y., & Dennis, C. (2018). A mobile health app-based postnatal educational program (home-but not alone): descriptive qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4). <https://www.jmir.org/2018/4/e1119/>;

Shorey, S., Lau, Y., Dennis, C., Chan, Y. S., Tam, W. W. S., & Chan, Y. H. (2017). A randomized-controlled trial to examine the effectiveness of the 'Home-but not alone' mobile-health application educational programme on parental outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2103-2117.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28276086/>;

Short, S. R., & Thienprayoon, R. (2018). Pediatric palliative care in the intensive care unit and questions of quality: a review of the determinants and mechanisms of high-quality palliative care in the pediatric intensive care unit (PICU). *Translational Pediatrics*, 7(4), 326-343. <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2018.09.11>;

Silva, P. F. (2022). *Produção de conhecimento sobre o cuidado centrado na família em pediatria e neonatologia: contribuição da enfermagem brasileira, uma revisão de escopo* [Graduation's thesis, Universidade Federal de São Paulo]. Repositório Universidade Federal de São Paulo. <https://repositorio.unifesp.br/items/10869ad1-91ec-4898-aae8-2c56fc1429ab>;

Silva, P. Y. F., Costa, M. F. P., Bezerra, I. F. D., Matias, A. C. X., & Pereira, S. A. (2019). Ventilação oscilatória de alta frequência em neonatologia e pediatria: uma revisão sistemática. *Assobrafir Ciência*, 10(1), 39-48. <https://assobrafirciencia.org/journal/assobrafir/article/doi/10.47066/2177-9333.AC.2019.0005>;

Silva, F. V. R., Gomes, T. O., Marta, C. B., Araujo, M. C., & Braga, E. S. (2020). Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 386-392. https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8264/pdf_1;

Silva, C. G., Fujinaga, C. I., Brek, E. F., & Valenga, F. (2021). Cuidados com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar: investigação das demandas familiares. *Saúde e Pesquisa*, 14(2), 289-297. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/9035/6605>;

Silva, D. A., Moreira, T. P., Ribeiro, A. A., Teixeira, L. B., & Correa, P. D. S. (2021). A assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva neonatal. *Research, Society and Development*, 10(14), 1-10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21903>;

Silva, B. A. A., Pereira, L. K. A., Freitas, A. F. P., Fonseca, M. M. C. D., & Eulália, E. M. C. (2021). Apoio social de mães de neonatos hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(3), 01-10. http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento;

Silva, A. C. L., Santos, G. N., & Aoyama, E. A. (2020). A importância da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde [Internet]*, 2(1), 49-54. <https://revistateste2.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/129>;

Silva, G. N., Santos, G. L., Silva, C. J., Lima, F. C., Ueno, T. M. R. L., Moura, L. D. O., Marcena, J. C., Campos, F. L. M., Oliveira, V. M. L. P., Ferreira, M. F. D. C., Fonseca, A. C. M., Barral, D. M., & Ramalho, M. A. (2021). A percepção do enfermeiro

sobre a sistematização da assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro na unidade de cuidados intensivos. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13119>;

Silveira, C. M., Bellaguarda, M. L. R., Canever, B., Costa, R., Knihs, N. S., & Caldeira, S. (2022). Coping of the nursing team in the death-dying process in a neonatal unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, 1-8. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2022AO02261>;

Smith, V. C. (2022). NICU discharge preparation and transition planning: introduction. *Journal of Perinatology*, 42, 5-6. <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01312-w>;

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico “O Som na Unidade de Neonatologia”. SPN;

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Hipotermia terapêutica no tratamento da encefalopatia hipoxico-isquêmica neonatal. SPN;

Sousa, H. M. G. (2013). Tele-enfermagem para a promoção da saúde da criança numa unidade de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 135-144. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a14.pdf>;

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26. https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem

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/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>;

Sun, X., Li, S., Liu, D., Li B., Yao, X., Li, L., Feng, S., Chen, X., & Li, Y. (2024). Discharge preparation experiences and needs of intergenerational caregivers of neonatal intensive care unit preterm: a qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 78, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.05.027>;

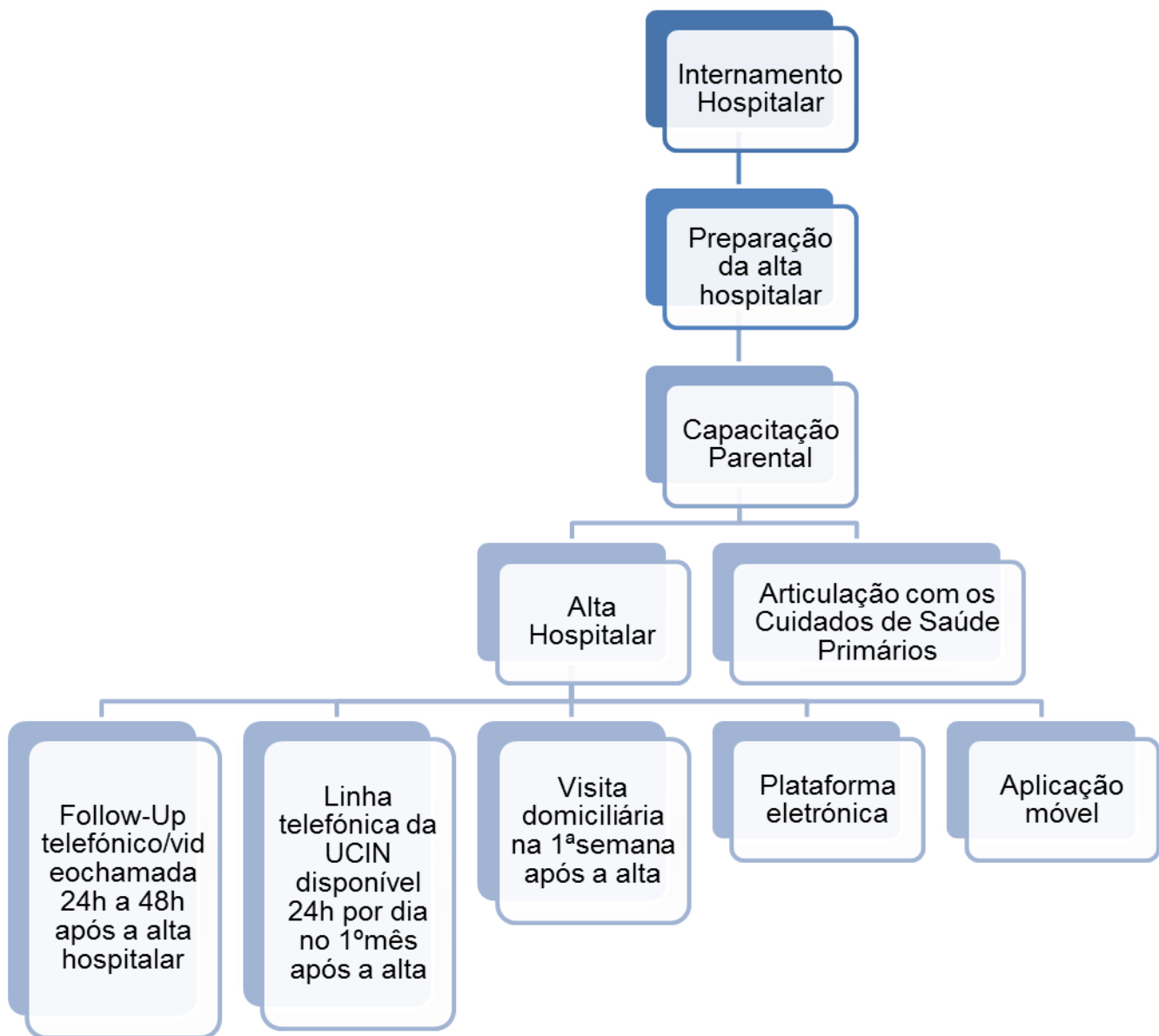
Sweet, D. G., Carnielli, V. P., Greisen, G., Hallman, M., Klebermass-Schrehof, K., Ozek, E., Pas, A., Plavka, R., Roehr, C. C., Saugstad, O. D., Simeoni, U., Speer, C. P., Vento, M., Visser, G. H. A., & Halliday, H. L. (2023). European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome: 2022 update. *Neonatology*, 120, 3–23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36863329/>;

Tenesaca, T. K. T., Mesa-Cano, I. C., & Ramírez-Coronel, A. A. (2022). Revisión sistemática: mínima manipulación en prematuros. *Journal of American Health*, 5(1). <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/123>;

- Uema, R. T. B., Rodrigues, T. F. C. S., Back, I. R., Zulin, A., Santos, F. G. T., Bernal, S. C. Z., Plantier, G. M., & Radovanovic, C. A. T. (2023). Validação de um checklist para alta hospitalar responsável em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 32, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0103pt>;
- Uema, R. T. B., Rodrigues, B. C., Rissi, G. P., Felipin, L. C. S., & Higarashi, I. H. (2020). Family-centered care in neonatology: health workers' and families' perceptions. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.45871>;
- Valsecchi, R., Andersson, M., Smith, C., Sederblad, P., & Mueller, F. (2007, Abril 2-4). 'Tele-nursing: the English and Swedish experiences'. [Conference session]. 25th Annual International Labour Process Conference. Amesterdão. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1419962/FULLTEXT01.pdf>;
- Vieira, J. G., Moniz, M., Marques, T., Martins, H., Sequeira, R., Santos, P., Ferreira, L., & Silva, H. R. (2021). Pediatric palliative care: a survey of knowledge and attitudes of health care professionals. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 52, 90-7. <https://doi.org/10.25754/pjp.2021.19938>;
- Willard, A., Brown, E., Masten, M., Brant, M., Pouppirt, N., Moran, K., Liroy, J., & Chuo, J. (2018). Complex surgical infants benefit from postdischarge telemedicine visits. *Advances in Neonatal Care*, 18(1), 22-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29373346/>;
- World Population Review, Portugal News (2024, Agosto 30). *Preterm Birth Rates by Country 2024*. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/preterm-birth-rates-by-country>;
- Xavier, J. S., Bernardino, F. B. S., & Gaíva, M. A. M. (2020). Seguimento do recém-nascido de risco: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 9(11), 1-19. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9515>;
- Yun, E., & Kim, T. (2022). Development and effectiveness of an educational program on developmental positioning for neonatal intensive care unit nurses in south Korea: a quasi-experimental study. *Child Health Nursing Research*, 28(1), 70-81. <https://doi.org/10.4094/chnr.2022.28.1.70>;
- Zakaria, R., Sutan, R., & Jaafar, R. (2020). Developing and implementing a health educational package for preemie moms in the care of their baby after hospital discharge. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32642469/>.

ANEXOS

ANEXO I - FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO APÓS O REGRESSO A CASA



ANEXO II - ESTRUTURAÇÃO DO SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO APÓS O REGRESSO A CASA ATRAVÉS DA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM

Contacto telefónico após o regresso a casa do recém-nascido de risco

Tal como já foi referido na revisão bibliográfica efetuada anteriormente, o período após o regresso a casa do RNR é um período ambíguo pois, emergem sentimentos díspares de felicidade, stresse, ansiedade e medo. Neste contexto emerge a prestação de cuidados através da telenfermagem.

Um estudo comparativo sobre a prestação de cuidados de telenfermagem através do telefone, no Reino Unido e na Suécia, concluiu que não existe um consenso relativamente à existência de algoritmos e de protocolos comparativamente à colocação de perguntas abertas/fechadas. Este sugere que o ideal é existir um sistema com protocolos e algoritmos de atuação mas que permita a colocação de questões fora do algoritmo de forma a compreender o contexto no qual o indivíduo está inserido. Este estudo refere ainda que cerca de 40% das chamadas efetuadas para uma linha de apoio telefónica abrangem a faixa etária pediátrica e que cada chamada tem aproximadamente a duração de 10 minutos (Valsecchi et al., 2007).

A implementação deste projeto centra-se na realização de um contacto telefónico (considera-se que poderá ser efetuada videochamada) após a alta hospitalar do RNR, nas primeiras 24h a 48horas após a alta hospitalar de forma a promover a adaptação da família aos cuidados no domicílio, a esclarecer dúvidas, a realizar educação para a saúde e a promover a adesão e a gestão do regime terapêutico quando necessário.

Esta proposta de intervenção visa não só construir um instrumento facilitador da continuidade de cuidados, sem envolvimento de custos consideráveis, mas também promover as competências parentais nos cuidados ao RNR no domicílio.

Objetivos:

- ✓ Promover o suporte emocional;

- ✓ Promover o suporte informativo no esclarecimento de dúvidas que surjam após o internamento;
- ✓ Promover o suporte instrumental, providenciando a articulação de cuidados se necessário.

Procedimento:

- ✓ Durante o internamento:
 - O enfermeiro deverá efetuar atividades de educação para a saúde de forma a capacitar os pais para os cuidados ao RNR no domicílio;
 - O enfermeiro deverá questionar a família sobre a recetividade para o contacto telefónico após a alta hospitalar.
- ✓ Dia da alta:
 - O enfermeiro deverá efetuar a *checklist* de alta hospitalar (se esta existir no serviço);
 - O enfermeiro deverá validar a recetividade e o consentimento da família do RNR para a realização do contacto telefónico após a alta hospitalar, confirmando o número de telefone para o qual este será efetuado;
 - O enfermeiro deverá informar os pais sobre o dia em que será realizado o contacto telefónico;
 - O enfermeiro deverá registar o nome da criança, o nome dos pais, o contacto telefónico e o dia no qual deverá ser efetuado o mesmo na agenda de registos de telefonemas a efetuar após a alta hospitalar do serviço.

Contacto Telefónico:

- ✓ Deverá ser efetuado 24h a 48h após a alta hospitalar:
 - 1) Efetuar contato telefónico;

- 2) Identificação da enfermeira;
- 3) Explicar o motivo do contacto telefónico;
- 4) Proceder à realização da CTE e ao seu registo numa folha criada para este projeto que será apresentada em seguida (sugerindo-se a sua integração no *SClínico* de forma a ser possível efetuar o registo desta intervenção e para que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e aos cuidados que foram prestados);
- 5) Concluir a CTE reforçando e validando a informação transmitida;
- 6) Reagendar nova CTE (se adequado);
- 7) Referenciar ou articular se necessário para outros níveis de cuidados de saúde (se necessário);
- 8) Proceder ao arquivamento do contacto no dossiê criado para o desenvolvimento deste projeto.

Consulta telefónica/videochamada de enfermagem após a alta hospitalar do RNR – 1ºContacto

Nome da Criança: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ Processo nº: _____

Motivo do Internamento no Serviço de Neonatologia: _____

Validação dos ensinamentos efetuados durante o internamento: Sim Não

Dúvidas dos pais sobre:

Cuidados de Higiene • Banho; • Limpeza do Coto Umbilical.		Vigilância em saúde	
Sono e repouso		Segurança – Prevenção de Acidentes: • Quedas/Ferimentos; • Queimaduras; • Ambiente; • Transporte.	
Posicionamento		Comportamento do RNR	
Aleitamento Materno		Estimulação sensorial	
Alimentação com leite artificial		Sinais e Sintomas de Doença Aguda	
Eliminação intestinal		Cólicas	
Regime terapêutico		Outro(s):	
Visitas ao RNR/locais a evitar			

Orientação dada: _____

Encaminhamento para outros níveis de cuidados de saúde (se necessário):

Sim Não

Motivo: _____

Efetuar novo contacto: Sim Motivo: _____ Data: _____

Não

Nome: _____ NºMec.: _____

Data: _____ Hora: _____

ANEXO III - AVALIAÇÃO DA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMAGEM REALIZADA APÓS O REGRESSO A CASA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

Avaliação da consulta telefónica/videochamada de enfermagem após o regresso a casa do RNR

A qualidade da CTE esta relacionada com a segurança, a adequação e a eficácia com que os cuidados de enfermagem são prestados.

1. As orientações fornecidas durante a CTE foram úteis para a sua adaptação nos cuidados ao seu filho após o regresso a casa?
2. Na sua opinião a CTE foi esclarecedora?
3. Ficou satisfeito(a) com a informação transmitida?
4. Qual é a sua apreciação da realização da CTE após a alta hospitalar?
5. Tem alguma sugestão relativamente à CTE?

Propõem-se ainda a avaliação da efetividade do seguimento telefónico aos três meses, aos seis meses e após um ano de funcionamento através do número de telefonemas efetuados e dos focos e intervenções em que foi necessário intervir aquando do contacto telefónico de seguimento após o regresso a casa do RNR.

Nome: _____ NºMec.: _____

Data: _____ Hora: _____

ANEXO IV – FOLHA DE REGISTO DE TELEFONEMAS RECEBIDOS APÓS O REGRESSO A CASA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

Telefonemas recebidos após o regresso a casa do RNR efetuados pelos pais/cuidadores

Nome da Criança: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____

Motivo do Telefonema:

Cuidados de Higiene • Banho; • Limpeza do Coto Umbilical.		Vigilância em saúde	
Sono e repouso		Segurança – Prevenção de Acidentes: • Quedas/Ferimentos; • Queimaduras; • Ambiente; • Transporte.	
Posicionamento		Comportamento do RNR	
Aleitamento Materno		Estimulação sensorial	
Alimentação com leite artificial		Sinais e Sintomas de Doença Aguda	
Eliminação intestinal		Cólicas	
Regime terapêutico		Outro(s):	
Visitas ao RNR/locais a evitar			

Orientação: _____

Efetuar novo contacto: Sim Motivo:_____ Data:_____

Não

Nome:_____NºMec.:_____Data:_____Hora:_____