Ordem dos Enfermeiros
GABINETE DO BASTONÁRIO

Exmo. Senhor
Diretor Executivo da Direção Executiva
Serviço Nacional de Saúde, I.P.
Professor Doutor Álvaro Almeida

E-mail: geral@sns.min-saude.pt

N. Ref	V. Ref	Data
SAI-OE/2025/12039		**18-11-2025**

Assunto: Proposta de Rede de Referenciação Neonatal | Consulta Pública

Exmo. Senhor Diretor,

Na sequência de solicitação de contributos recebida nos serviços da Ordem dos Enfermeiros por mensagem de correio eletrónico datada de 5 de novembro, após ponderação do documento relativo à proposta de "**REDE DE REFERENCIAÇÃO NEONATAL**" pelos órgãos competentes considera-se que, sendo o presente documento, estruturante para a reorganização dos cuidados neonatais no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a formulação apreciada, ainda que evidencie uma estrutura tecnicamente robusta e alinhada com modelos internacionais de hierarquização em três níveis de cuidados (I, II e III), tal como definido pela British Association of Perinatal Medicine (BAPM) e pela European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), mantém uma estrutura médico-cêntrica.

Em concreto,

Veja-se, quanto aos **HOSPITAIS DE NÍVEL I**, a menção genérica "presença de enfermeiros com formação específica e experiência comprovada em cuidados neonatais", totalmente inadmissível de uma perspetiva profissional, demonstra uma desvalorização explícita do papel do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em particular, enquanto agente autónomo, coordenador e formador em contexto neonatal.

Visão esta transposta para as Equipas de Enfermagem nos hospitais de nível II e III. Assumindo-se a referência "enfermeiro", quando deveria contar a menção expressa "Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica", tal e como decorre do Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro.

Identicamente, é imprecisa a menção ao Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, legitimando um rácio que não corresponde ao ali vertido. Assim, e quanto aos HOSPITAIS DE NÍVEL II, a redação terá de ser retificada, passando a ler-se:

- 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica por cada 2 recém-nascidos em cuidados intensivos

- 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica por cada 3 recém-nascidos em cuidados intermédios

No que se refere aos **HOSPITAIS DE NÍVEL III**, e atento o vertido no citado Regulamento, deve constar do documento em apreciação:

- 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica para 1 recém-nascido em cuidados intensivos
- 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica por cada 3 recém-nascidos em cuidados intermédios

A esta retificação deve acrescer, quanto às **Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais**, a menção à presença de 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que deverão existir 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em permanência, nas 24 horas. Medida esta que se considera determinante e estrutural quanto à qualidade e segurança dos cuidados neonatais.

Ao enunciado acresce a ausência de referência à Enfermagem especializada como área de exercício autónomo, como consagrado no Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho, da Ordem dos Enfermeiros, genericamente evidencia-se ainda:

a) Não distinção entre enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas para efeitos de dotação segura dos cuidados, incoerente com a afirmação vertida na página 4 quanto à equipa de enfermagem;

b) Ausência de representação de enfermeiros especialistas nas estruturas de coordenação e monitorização previstas;

c) Ausência de indicadores de qualidade de Enfermagem nos quadros de monitorização;

d) Menor valorização da dimensão familiar e da continuidade de cuidados, componentes nucleares do modelo de enfermagem pediátrica e neonatal.

Sucede que a evidencia internacional demonstra que a dotação adequada de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, aporta um impacto significativo na melhoria da qualidade e segurança dos resultados, de que se destacam:

a) A redução até 40% as infeções associadas aos cuidados de saúde neonatais;

b) A melhoria em 30% os resultados de desenvolvimento neurológico em prematuros;

c) O aumento a taxa de aleitamento materno exclusivo à alta;

d) A redução de reinternamentos precoces e da duração média de internamento (Aiken *et al.*, 2021[1]; EFCNI, 2021[2]).

A REDE DE REFERENCIAÇÃO NEONATAL 2025 constitui um passo essencial na reorganização dos cuidados perinatais, mas para alcançar uma verdadeira equidade e qualidade assistencial, é imprescindível reconhecer o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica como pilar técnico-científico, clínico e formativo.

A sua inclusão formal na estrutura DA rede reforça o cumprimento dos princípios de multidisciplinaridade, segurança, continuidade e humanização, tal como preconizado pela OMS, ICN e EFCNI, pelo que, se considera os contributos vertidos no anexo que integra o presente ofício.

Conscientes de que qualquer rede de referenciação carece de apoio e implementação a montante e a jusante, a Ordem dos Enfermeiros considera que a discussão do presente documento constitui um momento crucial na reflexão que, enquanto sociedade e profissionais de saúde se impõe realizar atentas as assimetrias regionais verificadas no contexto dos cuidados neonatais.

Sem outro assunto, somos

Com os melhores cumprimentos,

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

[1] Aiken, L. H., Sloane, D. M., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., & Sermeus, W. (2021). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study.* The Lancet, 383(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8

[2] European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2021). *European Standards of Care for Newborn Health.* Munich: EFCNI.

Proposta de Rede de Referenciação Neonatal 2025

Breves contributos

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP)constituem-se como um elemento central na prestação de cuidados de saúde neonatais.

I. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS EEESIP

Quanto às competências especificas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aplicadas ao contexto neonatal, evidencia-se a:

a) Avaliação clínica e vigilância contínua

O EEESIP tem competências avançadas para avaliação global do recém-nascido, monitorizando parâmetros fisiológicos e comportamentais, identificando precocemente alterações do estado clínico e prevenindo complicações graves (Ordem dos Enfermeiros, 2018[3]). Estudos da EFCNI (2021) e da WHO (2020[4]) demonstram que as equipas com vigilância de enfermagem especializada reduzem eventos adversos e melhoram os resultados neuro cognitivos de recém-nascidos prematuros.

b) Intervenção em situações críticas e estabilização neonatal

O EEESIP integra equipas de reanimação e estabilização neonatal, com formação em suporte ventilatório, controlo térmico e farmacoterapia emergente, conforme as orientações da European Resuscitation Council (2021). A presença destes profissionais em unidades de nível II e III é essencial à segurança do recém-nascido instável.

c) Gestão do ambiente terapêutico e controlo de infeção

A criação de um ambiente de cuidado seguro e promotor do neurodesenvolvimento: controlo de ruído, luminosidade e estímulos, é competência técnica da enfermagem em contexto de neonatologia (EFCNI, 2021). A gestão do risco infecioso e a monitorização da higiene clínica são também áreas sob liderança técnica dos enfermeiros especialistas.

d) Promoção da vinculação e da parentalidade

O modelo de cuidados centrados na família (*Family-Centred Care*) é transversal à prática do EEESIP, que promove o contacto pele a pele, a capacitação dos pais e o aleitamento materno, conforme as

---

[3] Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.* DR n.º 133, 2.ª serie, 12 de julho. Lisboa: OE.

[4] Organização Mundial da Saúde. (2020). *Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health: Strategic Guidance.* Geneva: WHO.

recomendações da OMS (2016[5]) e da EPNN (2023[6]). Esta competência é essencial à humanização e continuidade do cuidado neonatal.

e) Coordenação da alta e transição de cuidados

Os EEESIP planeiam e acompanham a alta do recém-nascido, articulando-se com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e as Equipas Locais de Intervenção (ELI). Este papel garante continuidade, reduz reinternamentos e otimiza a articulação interinstitucional (Ordem dos Enfermeiros, 2019–2024[7]).

f) Supervisão clínica e formação das equipas

O EEESIP tem competências pedagógicas e de supervisão, sendo frequentemente responsável pela formação contínua e pela implementação de programas de simulação clínica e atualização em ventilação e cuidados críticos (Regulamento n.º 122/2011). A BAPM (2022[8]) e a Royal College of Nursing (2020[9]) destacam o papel de liderança da enfermagem especializada

II. Da criação de Equipas de Acompanhamento Neonatal Comunitário

Deste modo, a Ordem dos Enfermeiros considera ser estruturante a criação formal de **Equipas de Acompanhamento Neonatal Comunitário (ESN-C)**, integradas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e na Rede de Referenciação Neonatal.

2.1. Estas equipas têm como missão garantir: *a)* Continuidade clínica e vigilância funcional dos recém-nascidos após a alta; *b)* Apoio estruturado à família e promoção do neurodesenvolvimento; *c)* Referenciação célere e articulação direta com hospitais e recursos especializados.

2.2. Quanto à constituição das **ESN-C**, recomenda-se *a)* Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP): presença permanente para avaliação clínica, apoio familiar e promoção do desenvolvimento infantil; *b)* Pediatra (ligação à ULS/Hospital): supervisão clínica e decisão evolutiva; *c)* Outros técnicos (Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta): integrados conforme necessidade e articulação com SNIPI/ELI.

2.3. Funções-chave asseguradas por cada ESN-C: *a)* Reavaliação clínica pós-alta em 48–72h (domicílio sempre que indicado); *b)* Monitorização de padrões alimentares, peso, tônus muscular e sinais de alerta; *c)* Ensino estruturado parental; *d)* Articulação digital/presencial com hospital de origem; *e)*

---

[5] Organização Mundial da Saúde. (2016). *Framework on Integrated People-Centred Health Services.* Geneva: WHO.

[6] European Pediatric Nursing Network. (2023). *Collaborative Neonatal Care: Nursing Leadership and Family-Centred Practice in Europe.* Brussels: EPNN.

[7] Ordem dos Enfermeiros. (2019–2024). *Pareceres técnicos sobre dotação segura e qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos e neonatais.* Lisboa: OE

[8] British Association of Perinatal Medicine. (2022). *Service and Quality Standards for the Provision of Neonatal Care in the UK.* London: BAPM.

[9] Royal College of Nursing. (2020). *Safe Staffing for Nursing in Neonatal Units.* London: RCN.

Encaminhamento rápido perante sinais de descompensação; *f)* Articulação formal com SNIPI/ELI em risco neurobiológico.

III. Recomendações Estratégicas

Medida Proposta	Descrição Detalhada	Impacto Esperado	Entidades Responsáveis	Horizonte de Implementação
1. Inclusão obrigatória do EEESIP nas estruturas de governação da Rede	Integração formal de um EEESIP nas Coordenações Regionais da Rede Neonatal e nos Grupos de Trabalho Hospitalares, assegurando representação na tomada de decisão, definição de protocolos, auditoria clínica e formação avançada.	Reforço da segurança clínica, da coerência das práticas, da humanização e da continuidade do cuidado.	Ministério da Saúde, Direção Executiva do SNS, DGS	Curto prazo (≤ 6 meses)
2. Definição de rácios mínimos de EEESIP por nível assistencial (I, IIa, IIb, IIIa, IIIb)	Estabelecer normativo que assegure a presença obrigatória e contínua de EEESIP nas Unidades Neonatais, com rácios ajustados ao risco e complexidade (ex.: 2 EEESIP por cada 3 enfermeiros em Cuidados Intermédios e Intensivos).	Garantia de segurança dos cuidados, redução de eventos adversos, coerência terapêutica e equidade territorial.	Ministério da Saúde e Ordem dos Enfermeiros (OE)	Médio prazo (6–18 meses)
3. Criação das Equipas de Seguimento Neonatal Comunitário (ESN-C) nas UCC	Constituição de equipas dedicadas (EEESIP + Pediatra) em Unidades de Cuidados na Comunidade, assegurando: visita domiciliária em 48–72h pós-alta, vigilância do crescimento/desenvolvimento, triagem clínica de alerta e articulação com hospital e SNIPI/ELI.	Redução de reinternamentos precoces; melhoria do neurodesenvolvimento; aumento do aleitamento materno exclusivo; diminuição da ansiedade familiar; desinstitucionalização segura.	ULS em articulação com CSP	Curto a médio prazo (6–12 meses piloto; expansão 24 meses)

4. Introdução de indicadores específicos de Enfermagem Especializada nos dashboards da Rede	Implementação de indicadores mensuráveis de impacto, tais como: taxa de aleitamento exclusivo à alta, ocorrência de infeções associadas aos cuidados, eventos adversos evitáveis, reinternamentos até 30 dias, nível de capacitação parental.	Monitorização da qualidade; identificação de assimetrias; auditoria orientada por resultados; planeamento estratégico baseado em evidência.	DGS; Direção Executiva do SNS; OE (colaboração científica)	Curto prazo (≤ 6 meses)
5. Articulação formal entre UCIN → ESN-C → SNIPI/ELI → CSP	Definição de percursos assistenciais padronizados, com responsabilidade clínica clara, protocolos de referenciação ativa, comunicação estruturada e partilha digital de informação clínica (SClínico / RSE).	Continuidade de cuidados sem ruturas; ganhos em saúde sustentados; apoio efetivo às famílias no domicílio; redução da dependência hospitalar.	DGS + Direção Executiva do SNS + ULS + Equipas SNIPI/ELI	Médio prazo (12 meses, com revisão anual)

IV. Considerações Financeira

A adoção das medidas propostas representa uma evolução estrutural do modelo organizacional neonatal, permitindo a transição de um sistema predominantemente hospitalocêntrico, modelo que gera custos elevados, fragmentação do cuidado e limita o impacto positivo sobre a saúde da população, para uma rede integrada, articulada e orientada para a experiência e necessidades reais da criança e da família.

A criação das Equipas de Seguimento Neonatal Comunitário (ESN-C) constitui uma medida de elevada eficiência: não implica a criação de novos serviços, mas sim a reorganização inteligente de recursos já existentes, permitindo fortalecer a continuidade de cuidados no território, reduzir a pressão hospitalar e assegurar acompanhamento próximo e qualificado no domicílio.

A implementação destas recomendações contribui de forma direta para:

- Melhoria dos resultados clínicos e de desenvolvimento de recém-nascidos de risco;
- Redução de reinternamentos evitáveis, deslocações e custos associados à permanência hospitalar;
- Reforço da literacia parental, promovendo autonomia, confiança e vínculo precoce;
- Humanização dos cuidados, colocando a família como parceira ativa no processo terapêutico;
- Estabilidade e retenção das equipas, através da valorização das competências diferenciadas do EEESIP;
- Eficiência organizacional, ao alinhar hospitais, unidades comunitárias e estruturas do SNIPI/ELI num percurso assistencial contínuo e coeso.

Estas linhas de atuação estão plenamente alinhadas com prioridades nacionais de política de saúde, nomeadamente: humanização, segurança, proximidade, equidade, integração de cuidados e sustentabilidade das equipas.

Assim, o reconhecimento explícito do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) como agente clínico especializado, núcleo coordenador da vigilância neonatal e elemento de articulação entre níveis de cuidados, constitui condição indispensável para:

- Operacionalizar de forma efetiva a Rede de Referenciação Neonatal,
- Garantir equidade territorial no acesso a cuidados diferenciados,
- E assegurar ganhos em saúde mensuráveis e sustentáveis.

A implementação plena destas recomendações traduz-se, portanto, num investimento estratégico com retorno assistencial, económico e social, representando um passo crítico para consolidar uma rede neonatal coesa, moderna, tecnicamente robusta e verdadeiramente centrada na criança e na família.

Outras Referências

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Modelos de Qualidade e Segurança dos Cuidados de Saúde Pediátricos.* Lisboa: DGS.

International Council of Nurses. (2021). *ICN Guidelines on Advanced Practice Nursing and Pediatric Nursing Roles.* Geneva: ICN.