



PROPOSTA DE REGULAMENTO NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

Nota Justificativa

A prestação de cuidados de saúde assenta em processos marcadamente dinâmicos, técnica e cientificamente rigorosos. Neste contexto, o exercício profissional da Enfermagem, assume um papel fundamental na segurança do cliente e na qualidade e adequação dos cuidados prestados.

A necessidade de adequar os recursos de enfermagem às reais necessidades dos utilizadores de serviços de saúde, faz emergir o conceito de “dotações seguras”, conceito este, de natureza complexa, e que pode ser corporizado na necessidade de estarem permanentemente disponíveis enfermeiros, em número e com competências, adequados aos destinatários dos cuidados de enfermagem, garantindo a satisfação das suas necessidades em saúde.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências, são hoje universalmente aceites como aspetos fundamentais para atingir e manter os desejáveis índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população e para as organizações.

Embora no contexto multidisciplinar da prestação de cuidados seja difícil atribuir os resultados obtidos exclusivamente à intervenção dos cuidados de enfermagem, têm sido desenvolvidos indicadores e modelos de análise que procuram contribuir para o estudo da associação entre estes cuidados e os resultados obtidos. O *National Database of Nursing Quality Indicators* (2010) considera resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, os resultados do cliente que melhoram quando existem mais e melhores cuidados de enfermagem.

A importância da dotação da equipa de enfermagem na segurança do cliente tem sido evidenciada em muitos estudos internacionais, sugerindo que o aumento da complexidade e exigência de cuidados, associado à redução de enfermeiros, pode afetar a segurança e que melhores rácios enfermeiro/cliente estão associados a melhores resultados no cliente (Jones, A; Whyley, H; Doyle, J, *et al.* (2018)), nomeadamente menos infeções (pneumonia, infeções urinárias, sépsis e outras infeções associadas aos cuidados de saúde) menos risco de insucesso em caso de agravamento do estado de saúde do cliente, entre outros (Aiken *et al.*, 2002, 2014; Cimmiotti *et al.*, 2012; Clarke e Donaldson, 2008; Hugonnet *et al.*, 2007; ICN, 2006; Needleman *et al.*, 2002; Page, 2004; Seago, 2001; Stone *et al.*, 2007).

A nível nacional, Freitas (2015), evidenciou que dotações de enfermagem adequadas estão significativamente associadas a melhores resultados para as organizações de saúde (com melhor desempenho ao nível dos indicadores de taxa de mortalidade, demora média, utentes saídos, taxa de reinternamento e utentes mais satisfeitos), menor intenção de mudar de emprego, índices de rotação mais baixos e menos acidentes de trabalho.

Nos estudos realizados por Castilho (2015), foi reconhecido pelos enfermeiros que a sobrecarga de trabalho e necessidade de rapidez na ação potenciaram estados de fadiga, stress ou distração, dificultaram a sua capacidade de refletir e agir de forma mais adequada. Os resultados do estudo, com uma amostra de 798 enfermeiros que trabalhavam em unidades de internamento de especialidades médico-cirúrgicas, concluíram que a subdotação das equipas é um fator preditor de eventos adversos.

O *International Council of Nurses* (ICN) e a Ordem dos Enfermeiros (OE) têm alertado para o efeito dos baixos níveis de dotação de profissionais e das elevadas cargas de trabalho, na qualidade da prestação de cuidados de enfermagem. Nesse sentido, têm enunciado um conjunto de posições onde reclamam o desenvolvimento de contextos favoráveis à prática de enfermagem, nomeadamente alertando para a necessidade de melhores dotações das equipas, não apenas mais enfermeiros, mas enfermeiros com



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:

consulta publica@ordemenfermeiros.pt

elevados níveis de competências de vigilância, síntese e coordenação de cuidados, que garantam a segurança dos cuidados prestados (ICN 2004, 2006; OE, 2006).

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, a Ordem tem como desígnio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão, como previsto no número 1 do artigo 3.º do referido Estatuto.

Considerando a importância desta matéria, o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, ouvido o Conselho de Enfermagem, entendeu proceder à revisão da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a qual se constitui como uma referência para a garantia da segurança e qualidade na prestação dos cuidados, nos diferentes contextos.

Nesta Norma, e no que respeita aos serviços de internamento, continua a optar-se pelo sistema que permite determinar as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., (ACSS) cujas atualizações se constituem como referência para os cálculos de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

Assim, nos termos das alíneas K) e l) do artigo 19.º, alínea b) do n.º 1 do artigo 27.º e das alíneas m) e n) do artigo 37.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, o Conselho Diretivo, em reunião de 13 fevereiro de 2019, ouvido o Conselho de Enfermagem, deliberou aprovar o presente projeto de Regulamento, submetendo-o a Consulta Pública pelo período de 30 dias, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo, para posterior aprovação pela Assembleia Geral:

Preâmbulo

Nos termos do n.º 2 do artigo 3 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril e republicado no anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, a Ordem dos Enfermeiros tem como finalidade, entre outras, aprovar as normas técnicas e deontológicas respetivas, bem como zelar pelo cumprimento das normas regulamentares que vinculam o exercício da Enfermagem, concorrendo deste modo, para a prossecução do direito fundamental de proteção da saúde consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa.

Compete à Ordem dos Enfermeiros contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com a melhores práticas e recomendações internacionais.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.



PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

Por este motivo, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo, internacionalmente, consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar.

Deste modo, a forma de cálculo da dotação de enfermeiros e a sua definição, deve ser entendida como uma orientação de natureza técnica, a primeira norma técnica, considerando que contribui para a definição de condições “*sine qua non*” quanto às orientações e regras necessárias à prossecução de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, contribuindo assim para um sistema de saúde mais eficiente e melhor capacitado para responder aos desafios da prestação de cuidados de saúde em todos os níveis.

A existência de uma norma técnica para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, abrange as realidades das diferentes áreas de especialidade em enfermagem, vinculando todos aqueles que exercem a profissão, contribuindo, desta forma, para a proteção da saúde e segurança dos destinatários de cuidados de saúde e dos próprios profissionais envolvidos.

Considerando a importância desta matéria, o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, ouvido o Conselho de Enfermagem, entendeu proceder à revisão da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem publicada no Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro, a qual se constitui como uma referência para a garantia da segurança na prestação dos cuidados, nos diferentes contextos.

Nesta Norma, e no que respeita aos serviços de internamento, continua a optar-se pelo sistema que permite determinar as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., (ACSS) cujas atualizações se constituem como referência para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

Assim, nos termos das alíneas K) e l) do artigo 19.º, alínea b) do n.º 1 do artigo 27.º e das alíneas m) e n) do artigo 37.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, o Conselho Diretivo, em reunião de [...], ouvido o Conselho de Enfermagem, deliberou aprovar o presente projeto de Regulamento, submetendo-o a Consulta Pública pelo período de 30 dias, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo, para posterior aprovação pela Assembleia Geral:

Artigo 1.º Objeto

O presente Regulamento aprova a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, constante do Anexo I e que dele faz parte integrante.

Artigo 2.º Norma revogatória

Com o presente, revoga-se o Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro, sobre o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

Artigo 3.º Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação em Diário da República.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

Anexo I

**PROPOSTA DE REGULAMENTO NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

I. Âmbito de aplicação

A presente norma tem âmbito nacional, aplicando-se a todo o território continental e regiões autónomas, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no Sistema de Saúde Português, em instituições públicas, privadas, cooperativas e do setor social, nos termos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

II. Valores de referência para dotação de enfermeiros

2.1. Valores de referência para serviços de internamento

Para efeitos de determinação dos valores de referência para dotação de enfermeiros nos serviços de internamento, a presente norma utiliza os dados fornecidos pelo Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS,IP), os quais permitem determinar as necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados.

Acresce que, este sistema possui uma base de dados nacional com um acervo de cerca de 40 milhões de registos, decorrentes da informação produzida durante os 30 anos de existência desta ferramenta.

Parecer – decorrente das alterações estruturantes do SCD/E relacionadas com a classificação automática, a classificação dos doentes passou a ser retrospectiva e o Indicador HCN/DI vai ser suprimido, passando a ser utilizado um novo indicador, HCEC (horas de cuidados de enfermagem classificados). Neste sentido o que ficará disponível do SCD/E é o HCEC e o HCET/DI (Horas de cuidados de enfermagem totais por dia de internamento) resulta da conjugação do indicador HCEC + tempo dos cuidados indiretos de todos os doentes + tempo de passagem de turno + tempo dos cuidados diretos não classificados.

2.2. Cálculo do número de horas de trabalho

Para efeitos do cálculo do número de horas de trabalho considera-se que cada enfermeiro trabalha 261 dias por ano (365 dias anuais -104 (52x2) dias de fim-de- semana) deduzindo ainda os dias para férias, feriados, formação e faltas.

Para a determinação do valor do número de horas de trabalho prestado por cada enfermeiro, por ano, devem ser considerados os seguintes valores de referência com as devidas adaptações:



PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM



Documento em consulta pública até 17.03.2019:

consulta publica@ordemenfermeiros.pt

a) Enfermeiro em regime de trabalho em funções públicas (35 horas/semana ou 42 horas/semana) – ao cálculo das horas de trabalho anuais deve ser realizado as seguintes deduções: 22 dias (154h) para férias¹ + dias feriados legalmente definidos² + 15 dias (105 h) para formação³ + 8 dias (56 h) para faltas⁴;

b) Enfermeiro em regime de contrato individual de trabalho regulado pelo Código do Trabalho ou outro instrumento de contratação - ao cálculo das horas de trabalho anuais deve ser realizado as seguintes deduções: 22 dias (176 h) para férias⁵ + dias feriados legalmente definidos⁶ + 4,375 dias (35 h) para formação⁷ + 8 dias (64 h) para faltas.

Na tabela 1 compilam-se os valores descritos:

	Dias	Horas CTFP (35h)	Dias	Horas CIT (40h)
Dias de trabalho	261	1827	261	2349
Férias	22	154	22	176
Formação	15	105	4,375	35
Faltas (8 dias) - A	8	56	8	64
Faltas (30 dias) - B	30	210	30	240
TOTAL A	216	1512	226,625	2074
TOTAL B	194	1358	204,625	1898

A diferença no número de horas de trabalho/ano resulta do facto de, a par dos trabalhadores com relação jurídica de emprego público integrados na carreira especial de enfermagem, existirem enfermeiros contratados ao abrigo do regime consagrado no Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro⁷.

¹ Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 126.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua atual redação.

² Cf. Artigo 234.º (feriados obrigatórios) e artigo 235.º (feriados facultativos), ambos do Código do Trabalho, constante da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro na sua atual redação.

³ Cf. n.º 3 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro.

⁴ O cálculo do número de dias de falta dos enfermeiros considerado pelo Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2008 (Anexo II) - *Da apreciação do Balanço Social, constatou-se que o número de dias de falta por enfermeiro tem vindo a diminuir, sendo de 8 dias o último ano analisado. O documento "Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS 2017" (https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-Social-MS_SNS-2017-vfinal.pdf) aponta para uma média de 29,7 dias de ausência por enfermeiro e por ano (1.298.111 dias de ausência em 43659 enfermeiros).*

⁵ Cf. artigo 238.º do Código do Trabalho, na sua atual redação.

⁶ Cf. artigo 234.º (feriados obrigatórios) e 235.º (feriados facultativos), ambos do Código do Trabalho, na sua atual redação.

⁷ Cf. Artigos 131.º, n.º 2 do Código do Trabalho, na sua atual redação.

⁷ Com as alterações entretanto introduzidas pelos seguintes diplomas legais: Declaração de Retificação nº 21/2009, de 18 de março; Lei nº 105/2009, de 14 de setembro; Lei nº 53/2011, de 14 de outubro; Lei nº 23/2012, de 25 de junho; Declaração de Retificação nº 38/2012, de 23 de julho; Lei nº 47/2012, de 29 de agosto – com entrada em vigor a 3 de setembro de 2012; Lei nº 11/2013, de 28 de janeiro – com efeitos durante o ano de 2013; Lei nº 69/2013, de 30 de agosto – com entrada em vigor a 1 de outubro de 2013; Lei nº 27/2014, de 8 de maio; Lei nº 55/2014, de 25 de agosto; Lei nº 28/2015, de 14 de abril; Lei nº 120/2015, de 1 de setembro; Lei nº 8/2016, de 1 de abril; Lei nº 28/2016, de 23 de agosto; e Lei nº 73/2017, de 16 de agosto, Declaração de Retificação n.º 28/2017, de 2 de outubro e Lei n.º 14/2018, de 19 de março.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

Na determinação da dotação adequada de enfermeiros, recomenda-se que as instituições de saúde utilizem os seus indicadores institucionais para preencher as variáveis "dias de férias" e "dias para faltas".

O mesmo se aplica para efeitos de determinação do período normal de trabalho prestado por cada enfermeiro por ano.

Os enfermeiros mobilizados para funções de direção e chefia, não são contabilizados nos cálculos para a prestação de cuidados ao cliente, de forma a manter a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas.

Mais se recomenda que, os enfermeiros com ausências prolongadas (superiores a 30 dias) sejam substituídos, garantindo a manutenção da adequação das horas de cuidados necessárias.

As recomendações para o cálculo das dotações, para cada um dos contextos de prestação de cuidados, foram elaboradas atendendo à legislação aplicável e aos pareceres e recomendações emitidos pelos Órgãos da Ordem dos Enfermeiros estatutariamente competentes.

III. Cuidados de Saúde

A. Cuidados de Saúde Primários

A Enfermagem **na Comunidade** **Comunitária** centrada no trabalho com as famílias, grupos e comunidade enquanto entidade responsável pela contínua prestação de cuidados, ao longo do ciclo vital, envolve as intervenções no âmbito da promoção e da proteção da saúde, da prevenção da doença, da reabilitação e da prestação de cuidados à população.

Pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática e em complementaridade funcional com outros profissionais.

Em conformidade com a legislação em vigor, a dotação de enfermeiros na Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), é definida tendo como referência os seguintes parâmetros:

- A área geográfica de intervenção de cada unidade funcional que integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou a Unidade Local de Saúde (ULS);
- A geodemografia da comunidade abrangida (dimensão, concentração e dispersão populacional);
- O diagnóstico de saúde da comunidade;
- As equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) nas quais se incluem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias de Suporte de Cuidados Paliativos (ECSCP).

No que respeita à coordenação e gestão das equipas de enfermagem em cada uma das unidades funcionais, atenta a autonomia técnica e científica da profissão, e em cumprimento da legislação em vigor, é da exclusiva competência das Direções de Enfermagem⁸ elaborar e publicitar a regulamentação interna relativa a todas as matérias que respeitem à gestão e ao desenvolvimento dos enfermeiros e da sua atividade profissional, nas quais se incluem, entre outras, a definição e planeamento de horários de trabalho e planos de férias, controlo de assiduidade e pontualidade, a

⁸ Portaria n.º 245/2013, de 5 de agosto, regulamenta a composição, as competências e a forma de funcionamento da direção de enfermagem nos serviços e estabelecimento de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

avaliação de desempenho⁹, a formação e investigação, bem como demais domínios de gestão do Serviço de Enfermagem.

Considerando que a relação de subordinação hierárquica e dependência funcional apenas existe entre enfermeiros, não existindo em relação a qualquer outro grupo profissional, a gestão de cuidados de enfermagem, a organização do trabalho e a afetação de recursos em cada uma das unidades funcionais que compõem os ACES e as ULS, são da exclusiva competência de enfermeiros.

Assim, ~~recomenda-se que~~ as funções de direção e chefia ~~sejam~~ **devem ser** asseguradas, primeiramente, por enfermeiros inseridos nas categorias subsistente de Enfermeiro-Supervisor ou Enfermeiro-Chefe, ou, na ausência destes, ~~e face à inexistência de profissionais inseridos na categoria de Enfermeiro-Principal~~, por Enfermeiros Especialistas a quem, tenha sido atribuída pela Ordem dos Enfermeiros a Competência Acrescida Avançada em Gestão.

Parecer – considerando que já é conhecida a proposta de carreira de enfermagem e não está prevista a categoria de enfermeiro principal deveriam ser excluídas essas alusões de forma a que a norma não ficasse de imediato desatualizada.

Idêntica ~~recomendação~~ **orientação** deve ser aplicada quanto ao desenvolvimento de funções de assessoria e gestão.

~~Atenta a inexistência de profissionais inseridos na categoria de Enfermeiro-Principal~~, e em coerência com o consagrado na legislação em vigor, entende a Ordem dos Enfermeiros, que as funções de assessoria e gestão devem ser desenvolvidas por profissionais detentores do título de Enfermeiro Especialista, ou inseridos nas categorias subsistentes (sempre que existirem), a quem preferencialmente já tenha sido atribuída Competência Acrescida Avançada em Gestão.

No que se refere aos cuidados prestados no domicílio considera-se que, sempre que seja possível e haja disponibilidade de meios, em contexto de visita domiciliária, a mesma deverá ser assegurada por dois enfermeiros de forma a garantir o apoio necessário à prestação dos cuidados de enfermagem bem como por razões de segurança tanto do utente como do profissional.

Excepcionalmente considera-se a possibilidade de o enfermeiro poder ser acompanhado por outro profissional de saúde que não enfermeiro.

De acordo com atual estrutura dos Cuidados de Saúde Primários, apresentam-se as recomendações para as diferentes estruturas funcionais, devendo, no caso dos serviços de saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, proceder-se às devidas adaptações:

A.1. Unidade de Saúde Familiar (USF)

Os enfermeiros que integram as USF, têm necessariamente de deter o título de enfermeiro especialista na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nos termos do regime jurídico em vigor¹⁰. Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista Enfermagem em Saúde Familiar, as USF integram enfermeiros detentores dos títulos de enfermeiro e de enfermeiro especialista nos vários domínios de especialização¹¹.

⁹ Em particular n.º 1 do artigo 9.º da Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho.

¹⁰ n.º 4 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua atual redação, Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

¹¹ Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

Para efeitos de cálculo da dotação de enfermeiros adequada em cada USF, aplica-se o seguinte rácio:

- 1 (um) enfermeiro por 1.550 clientes, ou
- 1 (um) enfermeiro por 350 famílias, ou
- 1 (um) enfermeiro por cada 1917 unidades ponderadas¹²

As unidades ponderadas devem ser calculadas de acordo com o n.º 4 do artigo 9º do Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho.

A.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Para efeitos de cálculo da dotação de pessoal de enfermagem, e considerando que os mesmos deverão ser, preferencialmente enfermeiros especialistas, recomenda-se a aplicação do seguinte rácio:

- 1 (um) enfermeiro por 1.550 clientes, ou
- 1 (um) enfermeiro por 350 famílias
- 1 (um) enfermeiro por cada 1917 unidades ponderadas¹³

Quer nas USF's quer nas UCSP's, para a prestação de cuidados de enfermagem em segurança, recomenda-se a aplicação dos tempos previstos no seguinte Quadro:

Quadro 1 Horas de cuidados de enfermagem adequadas por atividade / área de intervenção

Atividades	HCN/AC Tempo médio/minutos
Consulta de Enfermagem	30
Consulta de Enfermagem de Especialidade	30
Educação para a Saúde em grupo	60
Consulta de Enfermagem no Domicílio (incluindo deslocação)	60
Consulta de Enfermagem de Especialidade no Domicílio (incluindo deslocação) sem deslocação	60

A.3. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

A dimensão da equipa multidisciplinar de uma Unidade de Cuidados na Comunidade é avaliada anualmente, de forma a assegurar o ajustamento dos recursos à evolução das necessidades em

¹² Crianças até aos 6 anos contam como 1,5 unidades ponderadas. Pessoas com idade compreendida entre os 65 e 74 anos contam como 2 unidade ponderadas e pessoas com 75 e mais anos, como 2,5 unidades ponderadas. Restantes pessoas como 1 unidade ponderada.

¹³ Crianças até aos 6 anos contam como 1,5 unidades ponderadas. Pessoas com idade compreendida entre os 65 e 74 anos contam como 2 unidade ponderadas e pessoas com 75 e mais anos, como 2,5 unidades ponderadas. Restantes pessoas como 1 unidade ponderada.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

cuidados de saúde à comunidade, podendo também esta unidade propor o reforço de recursos humanos¹⁴, de acordo com as áreas de intervenção contratualizadas.

As Unidades de Cuidados na Comunidade são constituídas no rácio de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro por cada 5.000 habitantes, preferencialmente especialistas, dependendo das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar resultados.

No contexto da atuação das UCCs, e considerando as principais áreas de intervenção, recomenda-se:

A.3.1. Saúde Escolar

Considera-se que, preferencialmente, devem ser especialistas em Enfermagem Comunitária, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica¹⁵ ou em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e tendencialmente, com competência acrescida em saúde escolar. A dotação de 1 (um) enfermeiro especialista, por cada:

- 1500 Alunos saudáveis;
- 150 Alunos com necessidades de saúde especiais.

A.3.2. Parentalidade

Inclui programas de preparação para o parto e parentalidade, recuperação pós-parto, massagem infantil, promoção e apoio ao aleitamento materno.

A dotação recomendada para esta área de intervenção, deve integrar 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica até 500 nascimentos por ano¹⁶.

Para além deste, e no âmbito do curso da parentalidade, de massagem infantil, promoção e apoio ao aleitamento materno, recomenda-se ainda a integração de 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, atuando em complementaridade.

A.3.3. Parcerias

Em harmonia com as orientações emanadas pelas entidades competentes, a dotação recomendada em cada uma das seguintes parcerias, deve seguir o seguinte rácio:

- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJR),
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)
- Equipa Local de Intervenção (ELI) responsável por operacionalizar o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI)

¹⁴ Cfr n.º 4 do artigo 10.º do Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade, aprovado pelo Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril.

¹⁵ Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015; Parecer n.º 14, de 2013 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, n.º 14 de 2013, sobre Programa Nacional de Saúde Escolar; Parecer n.º 10/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

¹⁶ Parecer n.º 21 de 2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica sobre cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

Por cada uma destas Parcerias, considera-se adequado 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com uma alocação de 35 horas semanais de trabalho, não devendo ultrapassar os 25 processos de crianças acompanhadas pelo NACJR por Enfermeiro.

- Rede Social (RS) e Núcleo Local de Inserção (NLI)
- Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

Para estas áreas de parceria, considera-se adequada a alocação de 35 (trinta e cinco) horas semanais de trabalho, preferencialmente de enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária ou em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A.3.4. Saúde Mental

A integração da saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários¹⁷ implica a existência de recursos humanos em número adequado e com competências específicas para a prestação de cuidados em contexto de cuidados de saúde primários, tanto a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde, como dos serviços de saúde mental.

Atendendo a que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no exercício das suas competências, promove a saúde mental, previne a doença mental, intervém no tratamento e recuperação no respeito pelos princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível considera-se adequado, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em cada Unidade de Cuidados na Comunidade¹⁸, não obstante o que vier a ser definido no Plano Nacional de Saúde Mental.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve desenvolver atividades de articulação entre os cuidados de saúde primários (USF, UCSP, USP), cuidados diferenciados, equipas de saúde mental comunitárias, cuidados integrados de saúde mental e outras estruturas da comunidade indispensáveis para o garante da monitorização da continuidade e da qualidade dos cuidados.

Assim, recomenda-se que cada uma das unidades funcionais mencionadas (UCSP, USP) integre, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em cada Unidade de Cuidados na Comunidade, não obstante o que vier a ser definido no Plano Nacional de Saúde Mental.

A.3.5 Reabilitação

Atendendo ao desenvolvimento e mudança de paradigma (saúde centrada no cidadão, assistência no domicílio e/ou ambulatório, o aumento da esperança de vida e a importância da promoção da saúde), tendo em conta as contratualizações para cumprimento do Plano Nacional de Saúde, devem as UCC

¹⁷ O Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011, de 10 de fevereiro, e posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de julho, definiu as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, para pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial para a população adulta e para a infância e adolescência

¹⁸ Parecer n.º 01/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

ser dotados com uma dotação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (ER) que dê resposta efetiva e adequada à população com ou em risco de adquirir deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação social.

De forma a garantir o acesso das pessoas a cuidados especializados de ER (preventivos, de manutenção e de recuperação), considerando que em 2017, em Portugal, 21% População tinha 65 e mais anos, que o Índice de envelhecimento era de 148,7, coexistindo elevadas taxas de mortalidade e morbilidade por Doenças aparelho circulatório (representaram 110.745 mil episódios de internamento), por Doenças cerebrovasculares (causadoras da morte de cerca de 100 pessoas todos os dias, nomeadamente o AVC Isquémico representou 18.659 mil episódios de internamento), por Doenças respiratórias (há registo nos CSP de 131.632 doentes ativos com diagnóstico de DPOC, 262.229 doentes ativos com diagnóstico de Asma), e por eventos ortopédicos (9523 fraturas do colo do fémur em 2006), o rácio populacional de Enfermagem de Reabilitação deverá ser de **0,25 EEER/1000 habitantes**

A resposta âmbito da reabilitação deve ser dada através de projetos desenhados e geridos de acordo com as necessidades e realidades específicas de cada UCC, devendo ser cumpridas as seguintes linhas obrigatórias:

- Pelo menos um projeto na área da Reabilitação Respiratória (1 ER/1000 diagnósticos de Asma ou DPOC);
- Pelo menos um projeto na área do Envelhecimento Ativo e Prevenção de Quedas (1 ER/3000 utentes com 65 ou mais anos);
- Pelo menos um projeto na área da Reabilitação Cardíaca (1 ER/500 utentes com patologia cardíaca crónica ou antecedentes de evento cardíaco agudo);

A.3.6 . Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)¹⁹

Embora a ECCI esteja incluída na UCC²⁰ e sendo um programa prioritário, a dotação deverá ser calculada em separado, sendo adequado que garanta o seu funcionamento, conforme recomendações em vigor, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17 horas.

Quando a ECCI assegure a prestação de cuidados paliativos²², estes devem ser assegurados nas 24 horas, em todos os dias do ano.

Para uma adequada dotação de enfermeiros na UCC, considera-se o rácio mínimo de **1 (um) enfermeiro por cada ~~6 (seis)~~ 5 (cinco)** clientes em ECCI, **considerando-se 1 para 4 como o rácio ideal para a Enfermagem de Reabilitação.**

Face à caracterização das necessidades dos clientes em ECCI:

¹⁹ O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho, criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na qual se inserem as ECCI.

²⁰ As Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados, inserem-se no âmbito da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de fevereiro, e n.º 4 do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, republicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

²² N.º 2 da Base XVIII, da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, que aprova a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

²³ Despacho nº 14311-A/2016, de 28 de novembro e Circular Normativa n.º 1/2017, de 12 de janeiro, da CNCP/ACSS. ²⁴ Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

²⁵ Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:

consulta publica@ordemenfermeiros.pt

- Necessidade de cuidados de reabilitação;
- Necessidade de cuidados paliativos domiciliários;
- Outras necessidades (exemplo: tratamento de feridas de maior complexidade).

A equipa deve integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (que correspondam a ~~metade~~ 80% da dotação aferida(...), ou seja, 4 em cada 5 enfermeiros da ECCL devem ser ER.

Nota: embora a taxa média de utentes com motivo de referenciação seja de 48% nos dados disponíveis de 2017 (<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf>), a intervenção dos enfermeiros de Reabilitação estende-se aos utentes referenciados por outros motivos (tratamento de feridas, cuidados paliativos, etc.), desde que se verifique perda de funcionalidade e de autonomia nos autocuidados (que se verifica em 88% dos utentes referenciados de acordo com o mesmo documento); logo, propomos que a dotação de enfermeiros de reabilitação deverá ser adequada à prestação de cuidados a 80% dos utentes da ECCL.

(...) em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em especial nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, à Pessoa em Situação Crónica, bem como noutras áreas de Especialidade adequadas às necessidades dos clientes referenciados à ECCL.

A.4. Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

Considera-se adequado que a equipa integre, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, a tempo completo, por 150.000 habitantes²³.

A.5. Unidade de Saúde Pública (USP)

A USP assenta em equipas técnicas multidisciplinares que integram enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, preferencialmente na área de Saúde Comunitária ou de Saúde Pública.

De acordo com a legislação aplicável, em cada USP²⁴ deve ser observado, de forma indicativa e conforme as características geodemográficas da zona de intervenção, o seguinte rácio:

1 Enfermeiro Especialista/30.000 habitantes

A.6. Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)

O GCL-PPCIRA²⁵ é constituído por uma equipa multidisciplinar, que tem por missão planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo da infeção, de acordo com as Diretivas Ministeriais, nacionais e regionais e as características e especificidades de cada unidade de saúde.

Recomenda-se que integre 1 (um) enfermeiro em dedicação completa a esta função, por cada Agrupamento de Centros de Saúde ou Unidade Local de Saúde, preferencialmente enfermeiro

especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e, ou enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, sendo que os mesmos devem possuir formação e experiência profissional reconhecida e



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

adequada ao exercício de funções na área do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços/unidades funcionais.

A.7. Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho / Saúde Ocupacional (SST/SO)

A existência de riscos profissionais nos serviços de saúde e a dimensão, dos ACES, das ULS e das Administrações Regionais de Saúde, IP, justifica a existência do SST/SO. Este serviço é constituído por uma equipa multiprofissional, com competências técnico-científicas multidisciplinares, que podem ser comuns a outro serviço ou unidade de saúde, mas com horário independente, definido de acordo com as necessidades e expressamente contratualizado.

Recomenda-se que a equipa de Saúde Ocupacional integre, pelo menos, 1 (um) enfermeiro detentor de competência acrescida em Enfermagem do Trabalho, apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços e unidades funcionais.

É ainda recomendável que a atividade dos enfermeiros seja desenvolvida num número de horas mensais superior ao valor mínimo, calculado segundo o critério de uma hora por cada 10 (dez) trabalhadores ou fração²¹.

A.8. Comissão da Qualidade e Segurança (CQS)

No sentido de contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da Qualidade, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, recomenda-se que a CQS integre 1 (um) enfermeiro especialista que detenha formação acreditada por entidade competente, e que seja detentor de perfil de competências e experiência profissional adequado ao exercício de funções na área da qualidade²², apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços e unidades.

A.9. Equipa Coordenadora Local da RNCCI (ECL)

Para o adequado funcionamento da ECL, recomenda-se, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista, preferencialmente em Enfermagem de Reabilitação, em Enfermagem Comunitária ou em Enfermagem Médico-Cirúrgica²³, em regime de trabalho a tempo inteiro, devendo a mesma ser reforçada tendo em consideração o número de unidades da rede ou de equipas adstritas à área de abrangência da ECL.

A coordenação dos cuidados continuados integrados em saúde mental é assegurada a nível local pela ECL da RNCCI. Importa garantir que as Equipas de Coordenação Local integrem pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica²⁴, de forma a garantir uma resposta eficaz nos cuidados prestados.

²¹ Circular Informativa n.º 05/DSPPS/DCVAE, da Direção-Geral da Saúde, de 3 de março de 2010.

²² Despacho n.º 33635/2013, DR II serie n.º 47 de 7 de março que Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde.

²³ Artigo 34.º da Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro.

²⁴ Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro, que veio alterar a Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril, que estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM).



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

A. 10. Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP)

O Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose desenvolve-se, tendencialmente, de forma centrada nos cuidados de saúde primários, tendo como pilar os Centros de Diagnóstico Pneumológico.

Recomenda-se que cada Centro tenha, pelo menos, 1 (um) enfermeiro em regime de trabalho a tempo inteiro por cada Agrupamento de Centros de Saúde por si abrangido, preferencialmente enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

A dotação destas equipas segue a seguinte fórmula:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

A.11. Centro de Respostas Integradas (CRI)

A Equipa Coordenadora das Unidades de Intervenção Local para os Comportamentos Aditivos e Dependências, deve integrar um Enfermeiro Coordenador Local, escolhido de entre os enfermeiros detentores de categoria subsistente de Enfermeiro-Chefe ou detentores de títulos de especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a quem tenha sido atribuída competência acrescida avançada em gestão.

A.11.1. Unidades de Intervenção Local (UIL)

Recomenda-se que as unidades integrem apenas enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A.11.2. Centros de Resposta Integradas (CRI)

Quando a coordenação técnica do CRI seja atribuída a um enfermeiro, recomenda-se que este seja nomeado entre os enfermeiros detentores de títulos de especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a quem tenha sido atribuída, pela Ordem dos Enfermeiros, competência acrescida avançada em gestão.

No que se refere ao Enfermeiro que assuma as funções de coordenador da equipa de enfermagem do CRI, recomenda-se que este seja detentor de título de especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a quem tenha sido atribuída competência acrescida avançada em gestão.

A.11.3. Centro de Alcoologia

Recomenda-se que existam 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que, deverá existir, no mínimo, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em permanência 24 horas por dia.

A.11.4. Centro de Aconselhamento e Deteção (CAD)

Recomenda-se que existam 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que, deverá existir, no mínimo, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em permanência 24 horas por dia.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

A.11.5. Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD)

Recomenda-se que seja nomeada 1 (um) enfermeiro de entre os enfermeiros detentores de títulos de especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a quem tenha sido atribuída, pela Ordem dos Enfermeiros, competência acrescida avançada em gestão.

A.11.6. Unidades de Desabilitação

Recomenda-se que existam 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que, deverá existir, no mínimo, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em permanência 24 horas por dia.

A. 12. Formação e Investigação

Considerando a dinâmica requerida neste domínio, a relevância da formação em serviço para cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho individual, a alocação recomendada é de 1 (um) enfermeiro especialista, no mínimo com grau académico de mestre, e em articulação com instituições de ensino ou centros de investigação, em regime de trabalho a tempo inteiro, acrescendo 1 (um) enfermeiro com idêntica qualificação por cada 500 enfermeiros.

B. Cuidados Hospitalares

Para o cálculo de dotação de enfermeiros na área dos cuidados hospitalares, utilizam-se as fórmulas apresentadas, de acordo com os indicadores disponíveis.

Os valores de referência para os indicadores a utilizar devem corresponder aos valores consolidados (média) nos últimos dois anos, em cada instituição (Taxa de Ocupação, Dias de Internamento, Atendimento ou Sessões, ou outros indicadores).

Na dotação total das unidades deve ser tida em linha de consideração a recomendação de que o mapa de enfermeiros tenha, na sua composição global, pelo menos, ~~35%~~ 50% de enfermeiros especialistas, os quais devem ser alocados por área de especialidade de acordo com a tipologia de cuidados que constituem objeto das unidades.

Na dotação dos enfermeiros afetos a cada unidade ou serviço, não devem ser contabilizados para efeitos de prestação de cuidados os profissionais que asseguram funções em qualquer nível gestão.

O desempenho das competências inerentes às funções próprias de cada um dos níveis de gestão (estratégico, tático e operacional) das unidades e serviços de saúde, compete, exclusivamente, aos enfermeiros detentores de título de enfermeiro especialista, com atribuição da competência acrescida avançada em gestão²⁵.

Quanto à designação de chefes de equipa e de responsáveis de turno, esta deve obedecer a critérios de clareza, igualdade de oportunidades e gestão equilibrada dos recursos existentes no serviço, atentas as competências para a área da gestão, pelo que, devem, estas funções, ser asseguradas por

²⁵ Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, que aprova o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista na área de especialidade em enfermagem adequada às características da unidade ou serviço²⁶.

Atento o princípio da adequação e qualidade dos cuidados de enfermagem, recomenda-se que nenhum serviço, em momento algum do seu horário de funcionamento, deva ser assegurado apenas por 1 (um) enfermeiro.

B.1. Serviços de Internamento

Para efeitos de cálculo de dotação segura de enfermeiros em serviços de internamento, são utilizados os valores das horas de cuidados em enfermagem recomendados por dia de internamento (HCN/DI) do SCD/E, tendo como referência os valores (média) dos dois últimos anos disponibilizados pela ACSS, utilizando as seguintes fórmulas:

$$\frac{LP \times TO \times HCN \times NDF/A}{T}$$

Nas unidades e serviços onde existam dados atualizados relativos às Horas de Cuidados Necessárias (HCN), devem ser estes os valores utilizados.

No que se refere às especialidades clínicas relativamente às quais não existe informação nacional atualizada, recomenda-se:

- Nos diversos serviços de internamento no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, devem existir, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que, deverá existir, no mínimo, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em permanência 24 horas por dia.²⁷

A Equipa de Saúde Mental Comunitária deverá ser, preferencialmente, composta por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

- Nos internamentos de Pedopsiquiatria, que as equipas integrem apenas enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, atuando em complementaridade;
- Nas Especialidades de Pediatria (cirúrgicos, médicos, oncológicos, cardíacos, queimados, transplantados, paliativos, neurocirúrgicos), e considerando os valores de HCN/DI ajustadas aos hospitais especializados, devem existir 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que, deverá existir, no mínimo, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em permanência 24 horas por dia²⁸;

alocação de 1 (um) enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação por serviço;

- **A Alocação, por serviço, de pelo menos 2 (dois) de enfermeiros de Reabilitação, calculada adicionalmente por forma que garantam a prestação diária (12H/7 dias/semana) de acordo com:**

²⁶ Parecer conjunto n.º 01/2017, do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica. No mesmo sentido, Parecer n.º 03/2016 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, relativo às competências de chefe de equipa num serviço de bloco de partos.

²⁷ Face à diversidade encontrada na literatura internacional, recomenda-se que possam as organizações ajustar, enquanto não existirem dados nacionais, um mínimo de HCN/DI para o internamento de doentes agudos, de 2,85 HCN/DI. Horas semelhantes às aqui recomendadas podem ser encontradas nas recomendações do *Ministério de Sanidad y Política Social Espanhol* em <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>

²⁸ Recomendação da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM



Documento em consulta pública até 17.03.2019:

consulta publica@ordemenfermeiros.pt

- HCNER/DI (Horas de Cuidados Necessárias de Enfermagem de Reabilitação por doente e por dia) para os serviços de internamento já previstos na Circular normativa DRH nº 11/89, de 24 agosto (Cirurgia, Medicina, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria, Pneumologia, Traumatizados craneoencefálicos, Unidades de cuidados intensivos e intermédios e outros serviços em que o número de doentes necessitados de cuidados de ER justifique a presença EEER), calculadas com base nos focos de atenção de enfermagem e nas intervenções específicas de ER já refletidas no SClínico.
- Rácio EEER/unidade, ou Rácio EEER/doentes

12 HCER **	12 HCER /15 doentes	12 HCER /8 doentes	12 HCR /5 doentes
Outros serviços	Medicinas	Unidades AVC	Unidades Intensivas Nível III
Unidade Longa Duração e Manutenção	Cirurgias	Unidades Intermedia Nível II	Hospitalização Domiciliar
ERPI/Lares	Pneumologia/Cardiologia	Unidades Intermedias Nível I	
	Ortotraumatologia	Unidade Pos- Anestésicas	
	Neurologia	Unidades de Curta Permanência (UCP-SU)	
	Neurocirurgia	Unidades de Convalescência	
	Unidades de Dialise*		
	Cuidados Paliativos		
	Unidade Media Duração e Reabilitação		

(conforme “Proposta Final de Reorganização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra”)

* Incorporados nas instituições ou de Ambulatório Público ou Privados

** até ao limite de 25 camas

- Nos serviços de internamento de MFR em fase sub-aguda, todos os enfermeiros deverão ser especialistas em Enfermagem de Reabilitação;
- Nos Centros de MFR, 50% dos enfermeiros deverão ser especialistas em Enfermagem de Reabilitação

Nas unidades de internamento de medicina materno fetal recomenda-se que exista 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por 3 (três) clientes com gravidez de alto risco e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por 6 (seis) clientes com gravidez de médio risco.

Nas unidades de internamento de puérperas recomenda-se que exista 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por 3 (três) clientes em puerpério patológico, e 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por 6 (seis) clientes em



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

puerpério normal. Nestes serviços, podem ser incluídos enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como Enfermeiros de cuidados gerais, atuando complementaridade.

Nos serviços de ginecologia recomenda-se que exista, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em permanência nas 24 horas.

B.2. Consulta Externa

O cálculo para a área da consulta externa pode ser realizado por número de atendimentos ou por posto de trabalho.

Recomenda-se que as consultas de Enfermagem de Especialidade sejam exclusivamente asseguradas por enfermeiros especialistas da área de Especialidade em causa.

O número de enfermeiros por posto de trabalho deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, de acordo com as seguintes fórmulas:

$$\frac{AT \times HCN/AC}{T} \qquad \frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

Parecer - o mais correto é utilizar o indicador HCN/AT utilizando as horas de cuidados necessários para o atendimento da pessoa (consulta, sessão educação saúde, ...) e não fazer o somatório de tempos consumidos pelo conjunto de atividades realizadas à pessoa para ir obter o tempo total necessário ao atendimento. Sugere-se assim a aplicação da fórmula:

$$\frac{AT \times HCN/AT}{T}$$

Para efeitos de cálculo das HCN, são utilizados os valores identificados no Quadro 2:

Quadro 2 Horas de cuidados de enfermagem adequadas por atividade / área de intervenção

Atividades	HCN Tempo médio (minutos)
Consulta de Enfermagem	30
Consulta de Enfermagem de Especialidade	30
Educação para a Saúde em grupo	60
Consulta de Enfermagem no domicílio (incluindo deslocação)	60
Consulta de Enfermagem de Especialidade no Domicílio (incluindo deslocação) deve ser sem deslocação	60



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

B.3. Hospital de Dia

O cálculo para o Hospital de Dia pode ser realizado por número de atendimentos ou por posto de trabalho.

Recomenda-se a existência de um enfermeiro especialista na área de Especialidade do Hospital de Dia, ou de enfermeiro que detenha a Competência Acrescida na respetiva área.

O número de enfermeiros por Hospital de Dia deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, de acordo com as seguintes fórmulas;

$$\frac{\text{Número de atendimentos}}{\text{T}} = \frac{\text{Posto de trabalho}}{\text{T}}$$

$\frac{AT \times HCN/AC}{T} = \frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$

Os valores a utilizar são os que constam do Quadro 3 que caracterizam as HCN por sessão nos diferentes hospitais de dia, transcritos do anterior regulamento por ausência de valores atualizados para as HCN deste tipo de unidades:

Quadro 3 Horas de cuidados de enfermagem adequadas por sessão e por Hospital de Dia

Hospital de Dia	HCN Tempo médio/(horas)
Hemato-oncologia	1,60
Infeciologia	2,09
Oncologia	1,60
Psiquiatria	1,07
Outros	1,59

Nota: As HCN dos "Outros" resultam da média das horas dos Hospitais de Dia contemplados.

As horas de cuidados de enfermagem apresentadas no quadro 3 excluem o tempo dedicado à preparação de citotóxicos.

Devem ser consideradas as seguintes atividades em regime de ambulatório, as quais são já efetuadas, na maior parte dos hospitais, por enfermeiros de Reabilitação:

Atividade	Tempo médio de sessão
Reabilitação Cardíaca	60 minutos
Reabilitação Respiratória	60 minutos
Atividades de Vida Diária	60 minutos



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

B.4. Bloco Operatório

Nas salas operatórias de cirurgia programada ou urgente, considera-se a existência dos seguintes postos de trabalho: Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista e Enfermeiro de Anestesia.

Considera-se adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam detentores de título de enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória ou em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista nesta área, os blocos operatórios integram enfermeiros e enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista nos diferentes domínios de especialidade, preferencialmente enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Nas unidades de recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicas recomenda-se a alocação mínima de 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialistas na área à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 (um) enfermeiro por cada 3 (três) clientes, aplicando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

Nas unidades de recobro poderá ainda ser integrado 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, o qual atuará em complementaridade.

O rácio nas unidades de recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicas devem ser ajustadas em função da complexidade dos cuidados e adequado às características específicas dos clientes, aplicando-se o rácio disposto nesta norma.

Para além da dotação para cada sala operatória e recobro pós-anestésico, recomenda-se que se inclua na dotação calculada postos de trabalho para atividades de suporte como seja: gestão de salas operatórias, logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros.

No caso dos partos distócicos com cesariana, para além dos postos de trabalho previstos para as salas operatórias, deve ainda estar prevista a participação de 1 (um) enfermeiros especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

B.4.1. Bloco de Partos

De acordo com a legislação aplicável, recomenda-se que o bloco de partos disponha, em permanência, de 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, por cada 1000 partos/ano²⁹, tendo em consideração os seguintes rácios, indicados no Quadro 4, de enfermeiro especialista por cliente³⁰:

Quadro 4

Indução do trabalho de parto	1/3
------------------------------	-----

²⁹ Subalínea ii) da alínea a) do n.º 3 do artigo 14.º da Portaria n.º 615/2010, de 3 de agosto.

³⁰ Cf. Parecer n.º 21/2017 de 7 de abril, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sobre cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

Intraparto	
1º Estadio de trabalho de parto	1/2
2º Estadio de trabalho de parto	1/1
Antes e pós-parto sem complicações	
	1/6

Entende-se que no 3º e 4º estadio a responsabilidade da assistência é do profissional envolvido no 2º estadio

A dotação do Bloco de Partos é calculada com base em postos de trabalho de acordo com a fórmula

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

B. 5. Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA)

Nos Blocos Operatórios de Cirurgia de Ambulatório considera-se, para cada sala operatória, a existência dos postos de trabalho de Enfermeiro Circulante, Enfermeiro Instrumentista e Enfermeiro de Anestesia.

Considera-se adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam detentores de título de enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista nesta área, os blocos operatórios integram enfermeiros e enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista nos diferentes domínios de especialidade, preferencialmente em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A dotação deve ser realizada de acordo com o Quadro 5:

Quadro 5 Número de enfermeiros adequado a contabilizar na UCA

Número de enfermeiros	
Sala operatória	3 Enfermeiros por sala
Recobro imediato	1 Enfermeiro por 4 utentes
Recobro tardio	1 Enfermeiro por 6 utentes
Pequena cirurgia (anestesia local)	1 Enfermeiro por sala
Consulta de Enfermagem/ Especialidade	1 Enfermeiro por sala

Nas horas de funcionamento HF/D, deve considerar-se o tempo previsto para as atividades perioperatórias de acordo com a fórmula seguinte:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

B. 6. Serviços de Urgência

Atenta a utilização dos postos de trabalho como base de cálculo, é necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada serviço de urgência.

A fórmula a utilizar "Por Posto de Trabalho" é a seguinte:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

O posto de triagem de cada tipologia de urgência é assegurado por enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades; no caso da triagem nas urgências de obstetria, pediatria e psiquiatria, recomenda-se que estes sejam assegurados por enfermeiros especialistas nas áreas.

Nos internamentos de curta duração da urgência considera-se o valor das Unidades de Cuidados Intermédios como referência mínima.

Recomenda-se, em cumprimento do previsto no artigo 21.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto³¹, que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da sala de emergência, e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica e, ou em Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com o artigo 21.º do Despacho n.º 10319 de 2014, os enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos serviços de urgência da Rede, devem ter competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e ou na área da Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida.

As orientações acima definidas, para a sala de emergência e para a constituição da equipa de enfermagem devem ser igualmente aplicadas aos serviços de urgência de pediatria, dispondo o mencionado n.º 4 do artigo 21.º que, pelo menos 50% dos enfermeiros envolvidos neste atendimento, devem dispor de formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Formação Avançada em Trauma Pediátrico.

Recomenda-se que nas urgências de obstetria e ginecologia, seja seguido idêntico princípio, com as devidas adaptações a nível dos enfermeiros especialistas.

B.7. Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

Com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, recomenda-se que sejam utilizados os rácios enfermeiro/utente de acordo com a tipologia de UCI e da necessidade clínica dos clientes, conforme referencial apresentado no Quadro 6.

**Quadro 6 Classificação das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e rácio
Enfermeiro/Utente**

Nível	Descrição	Rácio Enfermeiro/Utente
-------	-----------	----------------------------

³¹ Despacho n.º 10319, de 2014, publicado na 2.ª série do Diário da República n.º 153 de 11 de agosto.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

I	Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades/serviços de nível superior.	1/3
II	Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.	1/2
III	Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêuticos necessários; deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os utentes porque se é responsável.	1/1

Fontes: Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde; Valentim, A., & Ferdinande, P. (2011). *Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects*. *Intensive Care Med*. DOI 10.1007/s00134-0112300-7

Na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50% dos enfermeiros sejam enfermeiros especialistas com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, ou na área da Pessoa em Situação Crítica.

Considera-se adequada a integração de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, para além dos rácios apresentados no quadro 6, atuando em complementaridade.

Considerando os rácios do Quadro 6, é utilizada a seguinte fórmula “Por Posto de Trabalho” para efeitos de cálculo da dotação:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

No que se refere às Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricas, a dotação segue as normas aplicáveis às unidades de cuidados intensivos acima referidas, incluindo-se a percentagem de enfermeiros especialistas na composição da equipa, os quais devem ter preferencialmente a Especialidade Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

B. 8 - Unidade de Cuidados Intermédios

Não obstante as diferentes tipologias existentes a nível nacional, as unidades de cuidados intermédios, visam basicamente monitorização não invasiva e pressupõem a capacidade de assegurar manobras de



PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM



Documento em consulta pública até 17.03.2019:

consulta publica@ordemenfermeiros.pt

reanimação e de articulação com outras unidades e serviços de nível superior, pelo que para este tipo de unidades recomenda-se o rácio de 1 (um) enfermeiro por cada 3 (três) camas de internamento.

No caso da necessidade de cuidados de enfermagem mais complexos decorrentes da monitorização invasiva nas unidades de cuidados intermédios mais especializadas, aplica-se o rácio mencionado para as Unidades de Nível II da Classificação das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Na constituição das equipas, recomenda-se que 50% dos enfermeiros sejam enfermeiros especialistas com a Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, ou na área da Pessoa em Situação Crítica.

Considera-se adequado a integração de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, para além dos rácios apresentados, atuando em complementaridade, e garantindo a prestação de cuidados na totalidade dos dias da semana.

No que se refere às Unidades de Cuidados Intermédios Pediátricos, a dotação segue as normas aferidas para as unidades de cuidados intermédios acima referidos, recomenda-se a existência 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.

B. 9. Unidades de Diálise

É utilizada a seguinte fórmula "Por Posto de Trabalho", em que o número de enfermeiros por posto de diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas³²:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

Nestas unidades, recomenda-se o mínimo de 1 (um) enfermeiro por cada 4 (quatro) utentes, não devendo ser excedida a razão de 5 (cinco) utentes por Enfermeiro, sendo que o número mínimo de enfermeiros presentes por turno, nunca poderá ser inferior a 2 (dois).

Atenta a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados, recomenda-se que, pelo menos 50% dos enfermeiros, possuam as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica ou Pessoa em Situação Crónica e Pessoa em Situação Paliativa.

Na ponderação do cálculo do número de enfermeiros e definição do posto de trabalho, devem ser tidos em conta:

- Clientes com necessidades especiais, nomeadamente portadores de Hepatite B e C e VIH, de acordo com a legislação em vigor.
- Necessidade de colmatar respostas de diálise a unidades de cuidados intensivos que lhe são externas.

³² Portaria n.º 347/2013, de 28 de novembro, que Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise que prossigam atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporeal afins ou de diálise peritoneal crónica



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

B.10. Unidades de Exames Especiais

É utilizada a seguinte fórmula "Por Posto de Trabalho", em que o número de enfermeiros por Unidade de Exames Especiais deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, conforme fórmula seguinte:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

Nestas unidades, recomenda-se a existência de um Posto de Trabalho, a que corresponde 1 (um) enfermeiro por sala.

Quando o Posto de Trabalho se insere em Unidade de Exame com sedação, recomenda-se a existência de 2 (dois) enfermeiros por sala.

No caso das unidades de exames especiais em pediatria, recomenda-se que o posto de trabalho seja assegurado por enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

B. 11 - Equipa de Gestão de Altas (EGA)

Nos termos do previsto no artigo 16.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro³³, cada EGA³⁴ integra, no mínimo, 1 (um) enfermeiro, a tempo completo, por equipa.

A EGA que atua no âmbito dos cuidados continuados integrados pediátricos, obedece às mesmas regras de constituição que as restantes.

Recomenda-se que os enfermeiros integrados nestas equipas detenham competência acrescida avançada em gestão atribuída pela Ordem dos Enfermeiros.

Parecer – Os enfermeiros que integram estas equipas deverão, também, deter o título de enfermeiro especialista, de preferência em Enfermagem de Reabilitação, com competência Acrescida Avançada em Gestão

B. 12. Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)³⁵

Recomenda-se que a EIHSCP³⁶ integre, no mínimo, 1,5 enfermeiros a tempo completo, por cada 250 utentes³⁷.

Os enfermeiros que integram estas equipas, deverão, conforme recomendado na Circular Normativa n.º 1 de 12 de janeiro de 2017 da CNCP e ACSS⁴³, deter o título de enfermeiros especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

³³ Que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, alterada pela Portaria n.º 249/2018, de 6 de setembro

³⁴ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

³⁵ Base XVII, da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro que aprova a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

³⁶ Despacho n.º 10429/2014, de 12 de agosto e Circular Normativa n.º 1 da CNCP/ACSS, de 12 de janeiro de 2017.

³⁷ Circular Normativa n.º 1/2017/CNCP/ACSS, de 12.01.2017, relativa a Requisitos mínimos para Equipas locais de cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e indicadores de referência para a implementação e desenvolvimento destas equipas ⁴³ Vide nota 40.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

Nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, importa dimensionar a adequação de enfermeiros conforme exista necessidade de assegurar consulta externa e hospital de dia de cuidados paliativos e ainda apoio ao ACES e ULS na prestação de cuidados domiciliários em articulação com os profissionais da ECCI, de acordo com a fórmula seguinte:

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

Nas equipas de suporte em cuidados paliativos pediátricos, sempre que possível, recomenda-se que a mesma integre enfermeiros especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com formação e estágio prático em equipas de cuidados paliativos.

B. 13 – Transporte Intra-Hospitalar e Inter-Hospitalar de doentes críticos

Recomenda-se que o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar do doente crítico quer seja de adultos ou crianças integre 1 (um) enfermeiro especialista na área da Pessoa em Situação Crítica e com treino em transporte de doentes críticos, assim como, tendencialmente com competência acrescida em Emergência Extra-Hospitalar³⁸.

Os enfermeiros que realizam estes transportes devem tendencialmente ser enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica ou à Pessoa em Situação Crítica ou, ainda, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com competência acrescida em Emergência Extra-Hospitalar.

Recomenda-se que idêntico princípio seja aplicado nas situações de helitransporte de doentes.

B.14-Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)

Nas unidades hospitalares e ULS's, recomenda-se que o GCL-PPCIRA⁴⁵ integre um enfermeiro em dedicação completa a esta função, acrescentando um enfermeiro em dedicação completa por cada 250 camas hospitalares adicionais³⁹.

Recomenda-se ainda que, o enfermeiro seja, preferencialmente, detentor de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica ou em Enfermagem Comunitária, sendo que o mesmo deve possuir formação e experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções na área do controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, apoiado numa rede de enfermeiros nos serviços e unidades.

B. 15. Serviço de Esterilização Centralizado (SEC)

Recomenda-se que o SEC integre, pelo menos, 1 (um) enfermeiro em tempo completo. É utilizada a seguinte fórmula "Por Posto de Trabalho" ou "Por atividades de enfermagem realizadas", desde que registadas e contabilizadas.

$$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$$

³⁸ Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março, regula o acesso à atividade de transporte de doentes por via terrestre, e Portaria n.º 2602014, de 15 de dezembro, que aprova o Regulamento de Transporte de Doentes, alterada pela Portaria n.º 96/2018 de 6 de abril. ⁴⁵ Despacho 15423/2013, de 26 de novembro, DR II serie, n.º 229/2013, regula a coordenação regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

³⁹ Conforme recomendação constante da alínea c) do n.º 9 do Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

T

No SEC, recomenda-se que exista enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com formação e experiência profissional reconhecida e adequada na área de esterilização e controlo de infeção hospitalar, identificação e implementação de procedimentos adequados, a quem tenha sido atribuída competência acrescida avançada em gestão, apoiado numa rede de enfermeiros nos serviços e unidades⁴⁰.

B. 16. Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho / Saúde Ocupacional (SST/SO)

Recomenda-se que a equipa de Saúde Ocupacional integre, pelo menos, 1 (um) enfermeiro⁴⁸, detentor de perfil de competências adequado ao exercício das funções e reconhecido na área da Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional, habilitado com competência acrescida diferenciada em Enfermagem do Trabalho⁴⁹.

Recomenda-se que a atividade dos enfermeiros seja desenvolvida num número de horas mensais superior ao valor mínimo, calculado segundo o critério de uma hora por cada 10 trabalhadores ou fração⁴¹.

B. 17. Comissão da Qualidade e Segurança (CQS)

No sentido de contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da Qualidade, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, recomenda-se que a CQS integre 1 (um) enfermeiro especialista que detenha formação acreditada por entidade competente, e que seja detentor de perfil de competências e experiência profissional adequado ao exercício de funções na área da qualidade⁴², apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços e unidades.

B. 18. Formação e Investigação

Considerando a relevância da formação em serviço para cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho individual, recomenda-se a alocação mínima de 1 (um) enfermeiro especialista, no mínimo com o grau académico de mestre, e em articulação com instituições de ensino superior ou centros de investigação, em regime de trabalho a tempo completo, acrescendo 1 (um) enfermeiro com idêntica qualificação por cada 500 enfermeiros.

C. Emergência Extra-Hospitalar

Recomenda-se que, nos termos da legislação em vigor⁴³, os diversos meios de transporte em contexto de emergência e com prestação de cuidados de enfermagem extra-hospitalar, devem integrar 1 (um)

⁴⁰ DGS. Manual de Normas e Procedimentos: Central de Esterilização. Lisboa: DGS, 2001. ⁴⁸

Artigo 104.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, sob a epígrafe “Enfermeiro do Trabalho”. ⁴⁹

DGS. Programa Nacional de Saúde Ocupacional.

⁴¹ Cf. artigo 104.º e 105.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, alterada pela Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto.

⁴² Despacho n.º 33635/2013, DR II série n.º 47 de 7 de março que Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde.

⁴³ Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março, regula o acesso à atividade de transporte de doentes por via terrestre, e Portaria n.º 2602014, de 15 de dezembro, que aprova o Regulamento de Transporte de Doentes, alterada pela Portaria n.º Portaria n.º 96/2018 de 6 de abril. ⁵³
Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua atual redação.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:

consulta publica@ordemenfermeiros.pt

enfermeiro, tendencialmente com competência em Enfermagem Extra-hospitalar, para além da formação definida pelos Despachos n.º 10109/2014, 1393/2013 e 5561/2014, em função exclusiva, conforme o despacho n.º 5058/2016, nos meios já criados, nomeadamente, na Viatura Médica de Emergência e Reabilitação, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida, no Serviço de Helitransporte de Emergência Médica, no Transporte Inter-hospitalar Pediátrico e no Transporte Regional de Doente Crítico, assim como em outros meios a constituir.

Nas três últimas situações, recomenda-se que os enfermeiros que realizam estes transportes devam, tendencialmente, deter o título de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica ou à Pessoa em Situação Crítica ou, ainda, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com competência acrescida em Emergência Extra-Hospitalar, sempre que se mostre adequado.

Tendencialmente, seria recomendável que os referidos profissionais fossem detentores de competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar.

D. Cuidados Continuados Integrados (CCI)

Recomenda-se que nas Unidades integradas na Rede Nacional de CCI⁵³, as funções de direção, chefia ou gestão dos cuidados de enfermagem, nas quais se incluem, entre outras, a organização do trabalho, a afetação dos recursos ou a avaliação de desempenho, sejam asseguradas:

- Primeiramente por enfermeiro inserido nas categorias subsistentes de Enfermeiro-supervisor ou Enfermeiro-chefe; ou, na ausência destes,
- por 1 (um) enfermeiro, habilitado com o título de Enfermeiro Especialista, a quem tenha sido atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, Competência Acrescida Avançada em Gestão

Recomenda-se, no contexto das unidades de CCI, que nenhuma unidade, possa, em momento algum do seu horário de funcionamento, ser assegurada apenas por 1 (um) enfermeiro.

Para o cálculo de dotação de enfermeiros para as unidades de convalescença e de média duração e reabilitação são utilizados os valores das horas de cuidados adequados em enfermagem por dia de internamento (HCN/DI) do SCD/E, tendo como referência os valores (média) dos últimos anos disponibilizados pela ACSS, utilizando as seguintes fórmulas:

$$\frac{LP \times TO \times HCN \times NDF/A}{T} \qquad \frac{DI \times HCN}{T}$$

Enquanto não existirem dados do SCD/E relativamente às unidades de Longa Duração e Manutenção, recomenda-se a utilização dos valores do indicador (HCN/DI) apurado para as unidades de média duração e reabilitação.

Rácio EEER/unidade, ou Rácio EEER/doentes Ver Quadro pag 17

Em alternativa à utilização do SCD/E, recomenda-se que para o cálculo da dotação em cada uma das três tipologias (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção), seja considerado 1 (um) enfermeiro por cama integrando enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, assegurando a prestação diária de cuidados especializados.

No que se refere às unidades de cuidados paliativos recomenda-se a utilização dos dados fornecidos pela utilização do SCD/E, ou, em alternativa, a dotação proposta pela Circular Normativa n.º 1, de janeiro de 2017, da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos/ACSS, de 1,2 enfermeiros por cama,



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

sendo que estes devem, tendencialmente, ser detentores do título de enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

D.1- Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM)

No âmbito da RNCCISM, e tal como decorre da entrada em vigor da Portaria n.º 68/2017 de 16 de fevereiro procede à primeira alteração à Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril, recomenda-se que as diferentes estruturas e tipologia de unidades que compõem esta rede, apenas integrem enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica., na proporção constante no Anexo I à mencionada Portaria.

E – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)

Recomenda-se que, em cada estrutura residencial para pessoas idosas, seja designado um Enfermeiro Gestor, responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem, o qual deve ter a qualificação de Enfermeiro Especialista, preferencialmente, enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, Enfermagem de Reabilitação ou de Enfermagem Comunitária.

Este Enfermeiro Especialista deverá ser responsável pela implementação da avaliação do nível de dependência dos residentes, preferencialmente através de instrumento de avaliação devidamente adaptado e validado para a população portuguesa, como por exemplo o Índice de *Barthel*.

O cálculo das horas de cuidados de enfermagem adequadas, nas 24 horas⁴⁴, tem como referência:

- Para residentes independentes, com dependência “leve ou moderada” (avaliada pelo índice de *Barthel*), 5 horas por cada 10 residentes (de acordo com uma média de 30 minutos por cada residente);
- Para os residentes com nível de dependência “grave a total” (avaliada pelo Índice de *Barthel*), aplica-se a fórmula de cálculo utilizada nas Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Os indicadores referidos podem ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de residentes de cada estrutura residencial.

Atentas as características e a natureza das necessidades em saúde e dos cuidados prestados na ERPI, recomenda-se que naquelas onde se encontrem residentes com nível de dependência grave a total, exista a permanência de enfermeiro 24 horas.

Rácio EEER/unidade, ou Rácio EEER/doentes Ver Quadro pag 17

F – Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho

Para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros adequados em cada serviço de saúde ocupacional das empresas do nosso tecido empresarial, recomenda-se a aplicação do seguinte rácio de acordo com os artigos 104.º e 105.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua versão atual⁴⁵.

⁴⁴ Artigo 12.º da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, determina no seu n.º 1 que “A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia”.

⁴⁵ A última alteração resultou da entrada em vigor da Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto.



PROPOSTA DE REGULAMENTO NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

- 1 (um) enfermeiro por cada 250 trabalhadores;
- Em estabelecimento industrial ou estabelecimento de outra natureza com risco elevado, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 10 trabalhadores ou fração;
- Nos restantes estabelecimentos, pelo menos uma hora por mês por cada grupo de 20 trabalhadores ou fração.

Recomenda-se que o enfermeiro do Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho seja detentor de perfil de competências adequado ao exercício das funções e preferencialmente habilitado com as competências acrescidas em Enfermagem do Trabalho.

IV. Disposição final

As fórmulas de cálculo e valores de referência para a dotação de enfermeiros estabelecidos no presente documento, deverão ser utilizados referencial no acompanhamento e monitorização do exercício da profissão, realizados pelos Conselhos de Enfermagem Regionais.

V. Revisão

A presente norma de cálculo de dotações seguras vigora pelo período de quatro anos, podendo ser revista em momento anterior quando alterações legislativas ou técnico-científicas o justifiquem. **Siglas e abreviaturas**

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AT	Atendimento por ano
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
Cf.	Conforme
CNCP	Comissão Nacional Cuidados Paliativos
CQS	Comissão da Qualidade e Segurança
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DI	Dias de Internamento por ano
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
ECSCP	Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ESMO	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
GCL-PPCIRA	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
HCN	Horas Cuidados Necessárias
HCN/AC	Horas de cuidados necessários por sessão / atividade / área de intervenção
HCN/DI	Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento
HF/D	Horas de funcionamento por dia



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta.publica@ordemenfermeiros.pt

ICN	<i>International Council of Nurses</i>
LTFP	Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas
LP	Lotação Praticada
NDF/A	Número de dias de funcionamento por ano
OE	Ordem dos Enfermeiros
PT	Posto de Trabalho
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCD/E	Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
SEC	Serviço de Esterilização Centralizado
SST / SO	Segurança e Saúde do Trabalho / Saúde Ocupacional
T	Período normal de trabalho por enfermeiro / ano
TO	Taxa de Ocupação
UCA	Unidade de Cirurgia do Ambulatório
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Referências Bibliográficas

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Koen, V. d., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., & Bruyneel, L. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344(1717), pp. 1-14. doi:10.1136/bmj.e1717
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Heede, K. V., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383 (9931), pp. 1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J. and Smith, H. L. (2010), Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Services Research*, 45, pp. 904–921. doi:10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x
- Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S., et al. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Qual Saf*, 23, pp. 242-49. doi:10.1136/bmjqs-2012-001734
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), pp. 59-66.



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**



Documento em consulta pública até 17.03.2019:

consulta publica@ordemenfermeiros.pt

- Aydin, C., Donaldson, N., Stotts, N. A., Fridman, M. and Brown, D. S. (2015), Modeling Hospital-Acquired Pressure Ulcer Prevalence on Medical-Surgical Units: Nurse Workload, Expertise, and Clinical Processes of Care. *Health Serv Res*, 50, pp. 351–73. doi:10.1111/1475-6773.12244
- Ball, J., Murrells, T., Rafferty, A., Morrow, E., & Griffiths, P. (2013). "Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, Published Online First: 29 July 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Bolton, L. B., Aydin, C., Donaldson, N., Brown, D. S., Sandhu, M., Fridman, M., & Aronow, H. U. (2007). Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursin-sensitive outcomes pre-and postregulation. *Policy, Polit Nurs Pract.*, 8 (4), pp. 238-50. doi: 10.1177/1527154407312737
- Castilho, A. (2015). *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: contributos para a política de segurança*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Cho E., Lee, N., Kim, E-Y; Kim, S.; Lee, K .;Park, W-O; Young Hee Sung, Y.H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, pp. 263–71. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009
- Cho, H., Kim, Y., Yeon, K., You, S., & Lee, I. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev*, 62, pp. 267-74. doi:10.1111/inr.12173
- Cordeiro, A.L.M. (2009). *Responsabilidade profissional: recursos humanos e qualidade dos cuidados en enfermagem*. Dissertação de mestrado em bioética. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., Aisbett, K. (2011) Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), pp. 244–55. doi: 10.1016/j.apnr.2009.12.004
- Freitas, M. J. B.S. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde*. Tese doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.
- Frith, K. H., Anderson, E. F., Caspers, B., Tseng, F., Sanford, K., Hoyt, N. G., & Moore, K. (2010). Effects of Nurse Staffing on Hospital-Acquired Conditions and Length of Stay in Community Hospitals. *Quality Management in Healthcare*, 19 (2), 147-55. doi: 10.1097/QMH.0b013e3181dafa3f
- Griffiths, P., Dall'Orq, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A.M., Aiken, L. (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*, 52(11), pp. 975-81. doi: 10.1097/MLR.0000000000000233
- Jones, A; Whyley, H; Doyle, J et al. (2018). Development of approaches and legislation to optimise nurse staffing levels. *Nursing Standard*, doi: 10.7748/ns.2018.e11202
- Martsof, G., Auerbach, D., Benevent, R., Stocks, C., Jiang, J., Pearson, M., . . . Gibson, T. (2014). Examining the value of inpatient Nurse Staffing - An Assessment of quality and patient care costs. *Med Care*, 52 (11), pp. 982-8. doi: 10.1097/MLR.0000000000000248
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *N Engl J Med*, 346, pp. 1715-122. doi: 10.1056/NEJMsa012247
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, L., Stevens, S., Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med*, 364, pp. 1037-45. doi: 10.1056/NEJMsa100102
- Staggs, V., & Dunton, N. (2013). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, 26 (1), pp. 87-92. doi:10.1093/intqhc/mzt080



**PROPOSTA DE REGULAMENTO
NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**

Documento em consulta pública até 17.03.2019:
consulta publica@ordemenfermeiros.pt

