



## ORDEM DOS ENFERMEIROS

### Regulamento n.º 743/2019

*Sumário:* Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

#### Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem

##### Preâmbulo

Nos termos do n.º 2 do artigo 3.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril e republicado pelo 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 as 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.

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 para a prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, contribuindo assim para um sistema de saúde mais eficiente e melhor capacitado para responder às necessidades da população.

A existência de uma norma técnica para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, engloba a realidade 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, bem como dos próprios profissionais envolvidos.

Esta norma é, igualmente, um instrumento de apoio à gestão, cabendo em exclusivo aos enfermeiros, o cálculo das dotações seguras e a avaliação do seu cumprimento.

Considerando o objeto da presente norma entendeu-se, por conveniente, não incluir quer a dotação de enfermeiros da gestão nas unidades/serviços de saúde, quer a dotação no âmbito da supervisão de estudantes em contexto clínico, as quais serão enquadradas em normativo a aprovar.

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.

A adoção de um instrumento estritamente técnico, desta natureza, e na forma ora adotada, permite que a Ordem dos Enfermeiros, no quadro normativo atual, possa cumprir a sua missão de promoção, defesa e melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, no estreito respeito pelas normas legais em vigor, apresentando aquela que seria a dotação de enfermeiros «recomendada» ou «adequada», disponibilizando, simultaneamente, aos decisores na área das políticas públicas e recursos humanos na saúde, um importante instrumento de suporte ao processo de tomada de decisão.

A presente Norma tem em consideração o exercício profissional da Enfermagem, assim como o número de enfermeiros e de enfermeiros especialistas atualmente existentes, numa perspetiva de desenvolvimento da profissão com vista à obtenção de ganhos na segurança e qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, no próximo quadriénio.

A par desta realidade, o atual quadro normativo impõe, por si, requisitos de formação e diferenciação que não poderiam ser ignorados, pelo que, e em coerência com o enunciado, se adotaram as seguintes expressões:

a) «Integra», para as situações em que a legislação em vigor prevê cuidados de enfermagem especializados numa determinada área e se encontram reunidas as condições para o seu cumprimento;

b) «Tendencialmente» para as situações em que a legislação em vigor determina cuidados de enfermagem especializados numa determinada área, mas ainda não existem enfermeiros especialistas em número suficiente para o seu cumprimento;

c) «Preferencialmente», reflete uma orientação que, numa perspetiva técnico-científica e de desenvolvimento profissional, melhor resposta dá às necessidades em cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família/comunidade, admitindo-se a possibilidade de, na ausência do enfermeiro com a qualificação especializada indicada, a resposta ser assegurada por outro.

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.

Assim:

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão ordinária de 30 de março de 2019, ao abrigo do disposto nas alíneas *k*) e *l*) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o projeto de Regulamento que aprova a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, apresentado pelo Conselho Diretivo, ouvido o Conselho de Enfermagem, depois de o mesmo ter sido submetido a consulta pública pelo período de 30 dias, nos termos do disposto no artigo 101.º do Código de Procedimento Administrativo, e após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea *h*), do n.º 1, do artigo 32.º

#### Artigo 1.º

##### Objeto

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

#### Artigo 2.º

##### Norma revogatória

Com o presente Regulamento 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

## Âmbito e finalidade

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

30 de março de 2019. — A Bastonária, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

## ANEXO I

## Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem

## 1 — Âmbito de aplicação

A presente Norma tem âmbito nacional, aplicando-se a todo o território continental, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no Sistema de Saúde Português, em instituições públicas, privadas, cooperativas, do setor social, hospitais e serviços prisionais e instituições de saúde militares, 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.

A presente Norma aplica-se igualmente às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com as necessárias adaptações, atenta a organização regional dos serviços de saúde.

## 2 — 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, e considerando que não existe um método único para cálculo de dotação de enfermeiros, 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, I. P.), os quais permitem determinar as necessidades dos utentes em cuidados de enfermagem, traduzíveis em horas de cuidados, utilizando como referência os valores (média) dos dois últimos anos disponíveis.

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.

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

Caso venham a ser introduzidas alterações no SCD/E, relacionadas com a automatização da classificação, implicando outra designação para os indicadores, as mesmas devem ser adotadas e ajustadas as fórmulas de acordo com a nova nomenclatura.

De igual forma, nas unidades ou serviços em que sejam usados outros sistemas de classificação específicos, que permitam extrair indicadores fiáveis, os mesmos devem ser tidos em consideração na definição da dotação ou rácio de enfermeiros, permitindo o cálculo de necessidades de cuidados de enfermagem.

Entendeu-se, para efeito do cálculo da dotação, considerar a taxa de ocupação igual a 100 %, tendo em consideração que o serviço deve estar dotado de enfermeiros em número adequado à sua potencial lotação.

## 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 (52 × 2) 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 valores institucionais. Na ausência destes, devem ser utilizados os seguintes valores de referência com as devidas adaptações:

a) Enfermeiro em regime de trabalho em funções públicas (35 horas/semana):

Ao cálculo das horas de trabalho anuais devem ser feitas as seguintes deduções: 22 dias (154 h) para férias <sup>(1)</sup> + dias feriados legalmente definidos <sup>(2)</sup> + 15 dias (105 h) para formação <sup>(3)</sup> + 30 dias (210 h) para faltas <sup>(4)</sup>;

b) Enfermeiro em regime de contrato individual de trabalho (35 h/semana) regulado pelo Código do Trabalho ou outro instrumento de contratação:

Ao cálculo das horas de trabalho anuais devem ser feitas as seguintes deduções: 22 dias (154 h) para férias <sup>(5)</sup> + dias feriados legalmente definidos <sup>(6)</sup> + 5 dias (35 h) para formação <sup>(7)</sup> + 30 dias (210 h) para faltas;

c) Enfermeiro em regime de contrato individual de trabalho (40 h/semana) regulado pelo Código do Trabalho ou outro instrumento de contratação:

Ao cálculo das horas de trabalho anuais devem ser feitas as seguintes deduções: 22 dias (176 h) para férias <sup>(8)</sup> + dias feriados legalmente definidos <sup>(9)</sup> + 4,375 dias (35 h) para formação <sup>(10)</sup> + 30 dias (64 h) para faltas.

No Quadro 1 apresentam-se os valores descritos.

QUADRO 1

**Tempos de referência para o cálculo do número de horas de trabalho**

	Dias	Horas CTFP (35 h)	Dias	Horas CIT (35 h)	Dias	Horas CIT (40 h)
Dias de trabalho . . . . .	261	1 827	261	1 827	261	2 349
Férias . . . . .	22	154	22	154	22	176
Formação . . . . .	15	105	5	35	4,375	35
Faltas (30 dias) . . . . .	30	210	30	210	30	240
Ferriados obrigatórios . . . . .	13	91	13	91	13	104
<i>Total</i> . . . . .	181	1 267	191	1 337	191,625	1 794

A diferença no número de horas de trabalho por 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 fevereiro, na sua atual redação.

Para a 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 de 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 que se perspetivam prolongadas (superiores a 90 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, à evidência científica e às recomendações técnicas consensualizadas.



## 3 — Cuidados de Saúde

## A — Cuidados de Saúde Primários

A Enfermagem na Comunidade, 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.

No que respeita à gestão do serviço 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 Enfermagem <sup>(11)</sup> 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 avaliação de desempenho <sup>(12)</sup>, 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, as funções de direção, assessoria e gestão devem ser asseguradas, por enfermeiro a quem tenha sido atribuída a competência acrescida avançada em gestão, enfermeiro gestor <sup>(13)</sup>.

No que se refere aos cuidados prestados no domicílio considera-se que, sempre que seja possível e haja disponibilidade de meios, em contexto de consulta de enfermagem no domicílio, 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 cliente como do profissional.

Excecionalmente considera-se a possibilidade de o enfermeiro poder ser acompanhado por outro profissional de saúde que não enfermeiro, cabendo ao enfermeiro a decisão.

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

Nas USF, UCSP e UCC, para uma prestação de cuidados de enfermagem em segurança, devem aplicar-se os tempos previstos no seguinte Quadro:

QUADRO 2

**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 (excluindo deslocação)	60
Consulta de Enfermagem no Domicílio (excluindo deslocação)	60
Consulta de Enfermagem de Especialidade no Domicílio (excluindo deslocação)	60

**A.1 — Unidade de Saúde Familiar (USF)**

Os enfermeiros que integram as USF têm necessariamente de deter o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (EC) na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nos termos do regime jurídico em vigor <sup>(14)</sup>.

Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista em EC na área de Enfermagem de Saúde Familiar, as USF integram enfermeiros detentores dos títulos de enfermeiro e de enfermeiro especialista nas várias áreas de especialização.

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 1917 unidades ponderadas <sup>(15)</sup>;
- 1 (um) enfermeiro por 350 famílias.

As unidades ponderadas devem ser calculadas de acordo com o n.º 4, do artigo 9.º, do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua atual redação <sup>(16)</sup>.

**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 cada 1917 unidades ponderadas <sup>(17)</sup>;
- 1 (um) enfermeiro por 350 famílias.

Atenta a atual arquitetura da organização dos Cuidados de Saúde Primários, e as competências específicas legalmente definidas em cada área de especialidade em Enfermagem, os enfermeiros que integram as USF e as UCSP, devem, sempre que sejam identificadas necessidades de saúde que ultrapassem o âmbito das suas competências, referenciar os clientes para o enfermeiro que, estando integrado em outra unidade funcional do ACeS, nomeadamente nas UCC, detenha a área de especialidade que melhor se adequa às necessidades verificadas. A referenciação entre as diferentes áreas funcionais deve obedecer a um sistema integrado de referenciação de forma a assegurar uma adequada prestação de cuidados especializados, de qualidade e em segurança.

**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 cuidados de saúde à comunidade, podendo também esta unidade propor o reforço de recursos humanos <sup>(18)</sup> de acordo com as áreas de intervenção contratualizadas.

As Unidades de Cuidados na Comunidade são constituídas no rácio de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro até 5.000 habitantes, preferencialmente, enfermeiro especialista, 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.

Cada UCC integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em EC, preferencialmente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

No contexto de atuação das UCC e considerando as principais áreas de intervenção, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assegura atividades em articulação com as diferentes unidades funcionais do ACeS por forma a garantir acessibilidade e o cumprimento da assistência pré-natal, do planeamento familiar, da assistência e vigilância da gravidez, do puerpério e ginecologia, de programas de rastreio do cancro do colo do útero e de programas no âmbito do climatério e menopausa.



Neste sentido, devem as unidades funcionais, nomeadamente as USF e UCSP contratualizar essa assistência aos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica das UCC, considerando o rácio de 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por cada 200 nascimentos.

Deve, ainda, ser assegurada a contratualização de cuidados de enfermagem especializados, na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica atentas as suas competências específicas, de forma a garantir a melhor assistência à criança/jovem, na promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, no âmbito das consultas de enfermagem de saúde infantil.

No contexto da atuação das UCC, atendendo às necessidades de saúde da comunidade e consequentemente à indispensável contratualização de programas e projetos no âmbito do Plano Nacional de Saúde e tendo em consideração as principais áreas de intervenção, recomenda-se:

#### A.3.1 — Saúde Escolar

Esta área de intervenção deve integrar, preferencialmente, enfermeiros especialistas em EC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica <sup>(19)</sup> ou em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e tendencialmente, com competência acrescida em Saúde Escolar.

Deve aplicar-se o seguinte rácio:

- 1 (um) enfermeiro especialista, por cada 1.500 alunos saudáveis;
- 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por cada 150 alunos com necessidades de saúde especiais.

#### A.3.2 — Preparação para o Parto, adaptação à Parentalidade e Parentalidade

A preparação para o parto inclui programas de preparação para o parto que visam consciencializar a grávida/casal grávido para o seu potencial para ao parto eutócico, através de programas dinâmicos e adaptados à idade gestacional.

No âmbito da preparação para parto e adaptação à parentalidade, a dotação deve integrar 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, até 500 nascimentos por ano <sup>(20)</sup>.

Os programas de adaptação ao pós-parto podem ainda integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e em Enfermagem de Reabilitação, atuando em complementaridade.

Quando os programas para a parentalidade incluam, entre outros, a alimentação, segurança, desenvolvimento infantil e massagem infantil, devem ser realizados por 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

#### A.3.3 — Parcerias e Programas Comunitários

Em harmonia com as orientações emanadas pelas entidades competentes, a dotação recomendada em cada uma das seguintes parcerias, deve aplicar-se 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).

Por cada uma destas Parcerias, considera-se adequado 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com uma alocação a tempo integral, devendo ser ajustada de acordo com o volume processual; no caso do NACJR, o número de processos de crianças acompanhadas não deve ultrapassar os 25 (vinte e cinco) 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 integração, preferencialmente, de enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária ou em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com uma alocação em tempo integral, devendo ser ajustada de acordo com o volume processual.

#### A.3.4 — Saúde Mental

A integração da saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários <sup>(21)</sup> 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 ACeS e ULS, como dos serviços de saúde mental.

Atendendo a que o enfermeiro especialista em Enfermagem de 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 Comunidade <sup>(22)</sup>, não obstante o que vier a ser definido no Programa 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.

#### A.3.5 — Reabilitação

As UCC devem ser dotadas de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação que garantam uma resposta efetiva e adequada à população com ou em risco de adquirir deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação social. A resposta deve ser dada através de projetos desenhados e geridos de acordo com as necessidades da Comunidade e realidades específicas de cada UCC.

De forma a garantir o acesso das pessoas a cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (preventivos, de manutenção e de recuperação), e tendo em consideração os programas e projetos existentes, pode o rácio ser ajustado a 0,25 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por 1.000 habitantes.

#### A.3.6 — Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) <sup>(23)</sup>

Embora a ECCI esteja incluída na UCC <sup>(24)</sup> 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.

Para uma adequada dotação de enfermeiros na UCC, considera-se o rácio de 1 (um) enfermeiro por cada 5 (cinco) clientes em ECCI <sup>(25)</sup>.

A dotação desta equipa segue a seguinte fórmula:

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

Face à caracterização das necessidades dos clientes em ECCI, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de saúde, (exemplo: tratamento de feridas de maior complexidade), de reabilitação, de manutenção e de natureza paliativa, a equipa deve integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação que correspondam a 60 % da dotação aferida.

Recomenda-se ainda que integrem, preferencialmente, enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), em especial na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica,

bem como enfermeiros especialistas de outras áreas de Especialidade, nomeadamente enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e enfermeiros com competência acrescida em áreas de intervenção adequadas às necessidades dos clientes referenciados à ECCI e à cobertura assistencial necessária ao seu funcionamento.

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

As ECSCP são equipas integradas nos ACeS ou nas estruturas das ULS, que asseguram a prestação de cuidados paliativos e atuam no âmbito da consultadoria e articulação com as demais equipas dos cuidados de saúde primários.

Considera-se adequado que a equipa integre, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros especialistas em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, com uma alocação a tempo integral, por 150 000 habitantes <sup>(26)</sup>, devendo a equipa ser ajustada tendo em consideração a área geográfica abrangida.

Esta equipa deve assegurar a prestação de cuidados paliativos nas 24 horas, em todos os dias do ano.

#### **A.5 — Unidade de Saúde Pública (USP)**

A USP assenta em equipas técnicas multidisciplinares que integram enfermeiros especialistas em EC, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

De acordo com a legislação aplicável, em cada USP <sup>(27)</sup> 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-PPCIRA <sup>(28)</sup> é constituído por uma equipa multidisciplinar, que tem por missão planear, implementar e monitorizar um programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos, de acordo com as diretivas Ministeriais, nacionais e regionais e as características e especificidades de cada unidade de saúde.

Deve integrar 1 (um) enfermeiro em dedicação completa a esta função para a área dos cuidados de saúde primários, por cada Agrupamento de Centros de Saúde ou Unidade Local de Saúde.

Para o exercício das suas funções, deve o enfermeiro:

Ter formação específica, quer através de cursos de formação avançada, pós-graduação ou mestrado em Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, quer através de especialidade que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito e/ou ter experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em controlo de infeção.

Adicionalmente e de acordo com a operacionalização da gestão dos programas locais, recomenda-se, ainda, que integre, preferencialmente, enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão.

Deve ser apoiado por um enfermeiro em cada um dos centros de saúde agregados a cada ACES, dispondo este de um número de horas de acordo com o grau de diferenciação de cuidados e de acordo com o Plano de Atividades do GCL-PPCIRA.

#### **A.7 — Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM)**

Recomenda-se que, a URDM, integre enfermeiros com uma alocação a tempo integral, detentores de perfil de competências e experiência profissional adequada ao exercício de funções na área do reprocessamento de dispositivos médicos e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em reprocessamento de dispositivos médicos, de forma a garantir a permanência de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro na totalidade de horas de funcionamento dos serviços, permitindo

zelar pela qualidade do reprocessamento, orientar, capacitar e coordenar a equipa de trabalho em cada turno, dar resposta às necessidades dos serviços utilizadores, entre outras.

A dotação desta equipa segue a seguinte fórmula:

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

#### A.8 — Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO)

A organização dos Serviços de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO) é uma obrigação legal de qualquer empregador do setor público, privado ou social, de acordo com o estabelecido no «Regime jurídico de promoção e prevenção da segurança e saúde do trabalho» (Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação), nomeadamente dos ACeS, das ULS e das Administrações Regionais de Saúde, I. P.

Estes serviços têm por finalidade a proteção, a promoção da saúde dos trabalhadores e a prevenção dos riscos profissionais, através da vigilância da saúde dos trabalhadores e da identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, garantindo ambientes de trabalho saudáveis, melhoria das condições de trabalho e que promovam o bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores.

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.

A equipa de Saúde Ocupacional integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro detentor de competência acrescida diferenciada em Enfermagem do Trabalho.

Recomenda-se que, à semelhança do apresentado no Quadro 2, da secção A (Cuidados de Saúde Primários), o Enfermeiro do Trabalho deve ter as horas de cuidados de enfermagem adequadas por atividade/área de intervenção, no que respeita, nomeadamente:

- Consulta de enfermagem do trabalho;
- Vacinação dos trabalhadores de acordo com o risco profissional;
- Educação para a saúde em grupo;
- Promoção da saúde no local de trabalho;
- Prevenção dos riscos profissionais;
- Informação e formação aos trabalhadores;
- Visitas ao local de trabalho.

De acordo com a seguinte fórmula:

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

É 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 fração <sup>(29)</sup>.

#### A.9 — Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD)

No sentido de contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, segurança do cliente e gestão do risco nos cuidados de saúde primários, recomenda-se que a CQSD integre 1 (um) enfermeiro especialista, que detenha formação específica na área, acreditada por entidade competente, e que seja detentor de perfil de competências e/ou experiência profissional adequado ao exercício destas funções, com uma alocação a tempo integral, devendo a dotação ser ajustada em função do nível de diferenciação e complexidade do sistema de gestão da qualidade e segurança do cliente, apoiado por uma rede de enfermeiros nas unidades funcionais.

**A.10 — Equipa Coordenadora Local da RNCCI (ECL)**

Para o adequado funcionamento da ECL, a equipa integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista, preferencialmente em Enfermagem de Reabilitação, em Enfermagem Comunitária ou em Enfermagem Médico-Cirúrgica <sup>(30)</sup>, com uma alocação a tempo integral, 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 Psiquiátrica <sup>(31)</sup>, de forma a garantir uma resposta eficaz nos cuidados prestados.

**A.11 — 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.

Cada Centro integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro, com uma alocação a tempo integral por cada Agrupamento de Centros de Saúde por si abrangido, preferencialmente enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

A dotação desta equipa segue a seguinte fórmula:

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

**A.12 — Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD)**

Recomenda-se que seja nomeado 1 (um) enfermeiro de entre os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que sejam detentores de competência acrescida avançada em gestão.

**A.12.1 — Centro de Respostas Integradas (CRI)**

Quando a coordenação técnica do CRI seja atribuída a um enfermeiro, recomenda-se que este seja nomeado entre os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, detentor de competência acrescida avançada em gestão.

**A.12.2 — Unidades de Intervenção Local (UIL)**

A equipa coordenadora das UIL para os Comportamentos Aditivos e Dependências, deve integrar um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, detentor de competência acrescida avançada em gestão.

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

Para o cálculo da dotação nas UIL, considera-se o valor definido para a consulta de enfermagem de especialidade, para as atividades de enfermagem realizadas no âmbito da prática especializada, de acordo com o Quadro 2.

**A.12.3 — Centro de Alcoologia**

A Equipa Coordenadora do Centro de Alcoologia deve integrar um Enfermeiro Coordenador Local, de entre os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, detentores de competência acrescida avançada em gestão.

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

Para o cálculo da dotação para os Centros de Alcoologia, considera-se o valor definido para a consulta de enfermagem de especialidade, para as atividades de enfermagem realizadas no âmbito da prática especializada, de acordo com o Quadro 2.

#### A.12.4 — Unidades de Desabilitação

Recomenda-se que existam, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de 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.

Para o cálculo da dotação, aplica-se a seguinte fórmula:

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

#### A.13 — Centro de Aconselhamento e Detecção (CAD)

Recomenda-se que integre 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para o cálculo da dotação para o CAD, considera-se o valor definido para a consulta de enfermagem de especialidade, para as atividades de enfermagem realizadas no âmbito da prática especializada, de acordo com o Quadro 2.

#### A.14 — Formação e Investigação

Considerando a relevância da formação e da investigação para cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho individual, recomenda-se a alocação mínima de 1 (um) enfermeiro especialista, com competência acrescida em Supervisão Clínica, preferencialmente com grau académico de Doutor em Enfermagem e, na sua ausência, no mínimo com grau académico de Mestre em Enfermagem, e em articulação com instituições de ensino ou centros de investigação, com uma alocação a tempo integral.

Deve acrescer 1 (um) enfermeiro com idêntica qualificação, por cada 500 enfermeiros.

#### A.15 — Atividades não assistenciais

Nas unidades funcionais que compõem os ACeS, deve ser alocado o número de horas de trabalho de enfermagem necessárias ao desenvolvimento deste tipo de atividades, nomeadamente, a governação clínica.

### 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 (Dias de Internamento, Atendimentos ou Sessões, ou outros indicadores).

Na dotação total das unidades deve ser considerada a recomendação de que o mapa de enfermeiros tenha, na sua composição global, pelo menos, 35 % de enfermeiros especialistas, os quais devem ser alocados por área de especialidade, de acordo com a tipologia de cuidados que constituem objeto das unidades. Excetuam-se, desta regra, as unidades de saúde especializadas nas quais o universo de enfermeiros especialistas será necessariamente superior, atentas as orientações relativas à(s) respetiva(s) área(s) de intervenção.

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 deve ser assegurado exclusivamente, por enfermeiros especialistas, a quem tenha sido atribuída a competência acrescida avançada em gestão <sup>(32)</sup>.

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 enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista na área de especialidade em enfermagem adequada às características da unidade ou serviço <sup>(33)</sup>.

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, utilizando as seguintes fórmulas:

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

$$\frac{DI \times HCN}{T}$$

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

Nos diversos serviços de internamento de adultos, no âmbito das especialidades médicas e cirúrgicas, deva existir, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em permanência, 24 horas por dia;

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, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em permanência, 24 horas por dia <sup>(34)</sup>;

A Equipa de Saúde Mental Comunitária é composta por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

Nos internamentos de Pedopsiquiatria, as equipas integrem apenas enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, atuando em complementaridade;

Nos serviços das Especialidades de Pediatria (cirúrgicos, médicos, oncológicos, cardíacos, queimados, transplantados, 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, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em permanência, 24 horas por dia <sup>(35)</sup>;

A alocação, por serviço de, pelo menos 2 (dois) enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes, calculada adicionalmente, por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana;

Nos serviços de internamento de Medicina Física e Reabilitação com doentes em fase sub-aguda, 75 % dos enfermeiros sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo que, deve existir, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, em permanência, 24 horas por dia;

Nos Centros Especializados de Medicina Física e Reabilitação, 75 % dos enfermeiros sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo que, deve existir, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, em permanência, 24 horas por dia;

Nas unidades de internamento de Medicina Materno-Fetal, deve existir 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 deve existir 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 puerpério normal. Nestes serviços, devem ser incluídos enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como Enfermeiros de cuidados gerais, atuando em complementaridade;

Nos serviços de ginecologia deve existir, preferencialmente, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em permanência, 24 horas por dia.

#### B.2 — Unidades de Hospitalização Domiciliária (UHD)

O funcionamento da UHD deve ser assegurado, 24 horas/7 dias por semana, nos 365 dias do ano, conforme Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 de outubro <sup>(36)</sup>.

Face às necessidades identificadas, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de enfermagem e, para uma adequada dotação de enfermeiros na UHD, considera-se o rácio de 1 (um) enfermeiro por cada 5 (cinco) clientes.

A equipa deve, preferencialmente, integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, bem como em outras áreas de Especialidade, atentas as necessidades dos clientes.

A dotação destas equipas segue a seguinte fórmula:

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

#### B.3 — Consulta Externa

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

As consultas de Enfermagem de Especialidade devem ser 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, conforme as seguintes fórmulas:

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

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

Para efeitos de cálculo das HCN, são utilizados os valores identificados no Quadro 2, inserido na secção A.

Nas unidades de saúde em que sejam desenvolvidos programas de preparação para o Parto, adaptação à Parentalidade e Parentalidade, devem ser seguidas as recomendações previstas no ponto A.3.2 para as unidades de cuidados de saúde primários.

#### B.4 — 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, preferencialmente, de enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Podem ainda integrar enfermeiros especialistas ou enfermeiros com competência acrescida, de outras áreas, tendo em consideração a necessidade em cuidados de enfermagem diferenciados.



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, conforme as seguintes fórmulas:

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

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

Os valores a utilizar são os que constam do Quadro 3 que caracterizam as HCN por sessão nos diferentes hospitais de dia:

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
Infecciologia .....	2,09
Oncologia .....	1,60
Psiquiatria .....	1,07
Outros .....	1,59

*Nota.* — Por inexistência de valores atualizados para estas unidades, mantêm-se os anteriormente adotados. As HCN dos «Outros» resultam da média das horas dos Hospitais de Dia contemplados.

As horas de cuidados de enfermagem, apresentadas no Quadro 3, não consideram o tempo dedicado à preparação de citotóxicos.

Nas unidades de saúde, onde sejam realizadas atividades, no âmbito da prática especializada em enfermagem, em regime de ambulatório, as mesmas devem ser consideradas como consulta de enfermagem de especialidade, de acordo com o mencionado no Quadro 2, inserido na secção A, Cuidados de Saúde Primários.

### B.5 — Bloco Operatório

O cálculo de dotações seguras de enfermeiros nos Blocos Operatórios, de Cirurgia Convencional e de Cirurgia Ambulatória, segue os mesmos princípios, tendo em conta a complexidade dos cuidados, a capacidade instalada e o modo de organização desses cuidados.

Nas salas de operações 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 enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área, os blocos operatórios integram enfermeiros e enfermeiros especialistas das diferentes áreas de especialidade, preferencialmente enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Nos Blocos Operatórios onde a população servida seja pediátrica, deve existir, preferencialmente, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de apoio à sala de operações, ao recobro e às consultas perioperatórias.

Nas unidades de recobro ou unidades de cuidados pós-anestésicas recomenda-se que devam existir, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, devendo o rácio ser de 1 (um) enfermeiro por cada 2 (dois) clientes em cirurgia convencional e 1 (um) enfermeiro, por cada 3 (três) clientes em cirurgia ambulatória, podendo o mesmo ser ajustado em função da complexidade dos cuidados e adequado às necessidades específicas dos clientes.



A dotação segue a seguinte fórmula:

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

Para além da dotação para cada sala de operações e recobro, recomenda-se que se incluam na dotação calculada, postos de trabalho de consulta pré e pós-operatória, admissão pré-operatória e atividades de suporte, como seja: gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros.

No caso de procedimentos de Pequena Cirurgia com anestesia local, considera-se um (1) posto de trabalho de enfermeiro circulante.

A dotação deve ser calculada de acordo com o Quadro 4:

QUADRO 4

### Rácio de enfermeiros no Bloco Operatório

(Cirurgia Convencional ou Cirurgia de Ambulatório)

	Número de enfermeiros
Sala de operações . . . . .	3 Enfermeiros por sala de operações.
Recobro imediato em Cirurgia Convencional . . . . .	1 Enfermeiro por 1-2 clientes.
Recobro imediato em Cirurgia de Ambulatório . . . . .	1 Enfermeiro por 3 clientes.
Recobro tardio . . . . .	1 Enfermeiro por 6 clientes.
Consulta de Enfermagem Perioperatória . . . . .	30 min.

O rácio de enfermeiros em qualquer posto de trabalho deve ser ajustado em função da elevada complexidade e intensidade dos cuidados, rotatividade ou características específicas dos clientes.

No caso dos partos distócicos com cesariana, a equipa integra 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

### B.6 — 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 1.000 partos/ano <sup>(37)</sup>, tendo em consideração os seguintes rácios, indicados no Quadro 5, de enfermeiro especialista por cliente <sup>(38)</sup>:

QUADRO 5

Indução do trabalho de parto . . . . .	1/3
Intraparto:	
1.º Estádio de trabalho de parto . . . . .	1/2
2.º, 3.º e 4.º Estádio de trabalho de parto . . . . .	1/1
Antes e pós-parto sem complicações . . . . .	1/6

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

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

Recomenda-se que as unidades de saúde disponham, em permanência, de uma equipa externa de apoio ao bloco central e ao bloco de partos, que atue em situações de urgência que

o justifiquem e que, obrigatoriamente, integre 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

#### B.7 — Serviços de Urgência (SU)

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, da semana e do mês, de cada serviço de urgência.

A fórmula a utilizar 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 de prioridades nas urgências de adultos, recomenda-se que este posto seja assegurado, preferencialmente, por enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Nas urgências de obstetrícia, pediatria e psiquiatria, recomenda-se que a triagem de prioridades seja assegurada por enfermeiros especialistas nas respetivas áreas.

Nos internamentos de curta duração da urgência considera-se o rácio de enfermeiros, tendo como referência as considerações apresentadas para as Unidades de Cuidados Intermédios, conforme ponto B.9.

Recomenda-se, em cumprimento do previsto no artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto <sup>(39)</sup>, 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 EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Relativamente aos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem dos serviços de urgência da Rede, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas.

As orientações acima definidas devem ser igualmente aplicadas aos serviços de urgência pediátrica, no que respeita à sala de emergência e à constituição da equipa de enfermagem, 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 obstetrícia e ginecologia, todos os enfermeiros envolvidos sejam especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e que disponham de formação específica em Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia e Emergências Obstétricas.

#### B.8 — Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

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

QUADRO 6

#### Classificação das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e rácio Enfermeiro/Cliente

Nível	Descrição	Rácio enfermeiro/utente
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



Nível	Descrição	Rácio enfermeiro/utente
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/s00134-011-2300-7.

Na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.

Nas unidades de cuidados intensivos de nível I e II, adicionalmente a equipa deve integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, de modo a assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada 8 clientes, em todos os dias da semana.

No caso das unidades de cuidados intensivos de nível III, o rácio é de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 clientes, em todos os dias da semana.

Considerando a classificação das unidades descritas no Quadro 6, é utilizada a seguinte fórmula 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 ser, preferencialmente, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Nestas unidades, 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 — Unidade de Cuidados Intermédios

Não obstante as diferentes tipologias existentes a nível nacional, as unidades de cuidados intermédios, onde se enquadram as unidades de AVC, visam basicamente monitorização não invasiva e pressupõem a capacidade de assegurar manobras de 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 polivalentes/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, preferencialmente, enfermeiros especialistas com a Especialidade em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência, nas 24 horas.

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 em todos os dias da semana, de acordo com as orientações descritas para as unidades de cuidados intensivos de nível I e II.

No que se refere às Unidades de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos, o rácio segue as orientações 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.10 — Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)

A UCP é um serviço específico de tratamento, em regime de internamento, para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa.

De acordo com o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos e a Circular Normativa 1/2017, de 12 de janeiro, estas unidades devem ter a dotação de 1,2 enfermeiros, com uma alocação a tempo integral, por cama de internamento, tendencialmente dotadas de 50 % de enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, em permanência nas 24 horas, todos os dias da semana, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.

Adicionalmente, recomenda-se a integração de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, assegurando a prestação diária de cuidados especializados.

#### B.11 — Unidades de Diálise

Nas Unidades de Diálise, 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 contabilizadas <sup>(40)</sup>, conforme a seguinte fórmula:

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

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

Atenta a elevada complexidade, a exigência e os riscos associados, a equipa deve, preferencialmente, integrar pelo menos 50 % de enfermeiros especialistas em EMC, nas áreas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e, ou Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

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.

#### B.12 — Unidades de Exames Especiais

Nas Unidades de Exames Especiais, o número de enfermeiros deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas, conforme a 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/anestesia, recomenda-se a existência de 2 (dois) enfermeiros por sala, sendo, preferencialmente, 1 (um) enfermeiro especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Em procedimentos invasivos com técnica asséptica cirúrgica deve acrescer 1 (um) enfermeiro.

Aos clientes submetidos a procedimento de anestesia/sedação, recomenda-se a alocação de enfermeiros para as fases de recobro, nas proporções e competências adequadas.

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

Nas Unidades de Exames Especiais em obstetrícia (diagnóstico pré-natal, infertilidade e procriação medicamente assistida), o posto de trabalho é assegurado por enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

#### B.13 — Equipa de Gestão de Altas (EGA)

Nos termos do previsto no artigo 16.º, da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, na sua atual redação <sup>(41)</sup>, cada EGA <sup>(42)</sup> integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista, com uma alocação a tempo integral.

A EGA que atua no âmbito dos cuidados continuados integrados pediátricos, obedece às mesmas regras de constituição que as restantes, integrando, preferencialmente, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

#### B.14 — Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) <sup>(43)</sup>

A EIHSCP <sup>(44)</sup> integra, pelo menos, 1,5 enfermeiros, com uma alocação a tempo integral, por cada 250 camas de internamento, em consonância com o definido no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal, Biénio 2017-2018 <sup>(45)</sup>.

Os enfermeiros que integram estas equipas, conforme recomendado na Circular Normativa n.º 1, de 12 de janeiro de 2017, da CNCP e ACSS <sup>(46)</sup>, devem ser enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

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 EMC na área de 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.15 — Transporte Intra-Hospitalar e Inter-Hospitalar de doentes críticos

Recomenda-se que o transporte intra-hospitalar do doente crítico do adulto ou criança, seja assegurado, respetivamente, por enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os enfermeiros que realizam o transporte inter-hospitalar do doente crítico devem ter competência acrescida diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar ou ser enfermeiro especialista em EMC, preferencialmente, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica ou, ainda, enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica <sup>(47)</sup>.

O transporte de grávidas em trabalho de parto ou puérpera deve ser realizado por enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Recomenda-se que idênticos princípios sejam aplicados nas situações de helitransporte.

**B.16 — Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)**

Nas unidades hospitalares e ULS, o GCL-PPCIRA<sup>(48)</sup> deve integrar 1 (um) enfermeiro em dedicação completa a esta função para um número igual ou inferior a 100 camas, acrescendo um enfermeiro em dedicação completa por cada 150 camas adicionais, podendo este acréscimo de enfermeiros ser superior tendo por base uma avaliação do risco organizacional nesta área e o nível de diferenciação das atividades a desenvolver no Programa Global de Segurança do Doente.

Para o exercício das suas funções, deve o enfermeiro:

Ter formação específica, quer através de cursos de formação avançada, pós-graduação ou mestrado em Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, quer através de especialidade que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito e/ou ter experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em controlo de infeção.

Adicionalmente e de acordo com a operacionalização da gestão dos programas locais, recomenda-se, ainda, que integre, preferencialmente, enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão.

Deve ser apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços da instituição, dispondo estes de um número de horas de acordo com o grau de diferenciação de cuidados e do Plano de Atividades do GCL-PPCIRA.

**B.17 — Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM)**

Recomenda-se que, a URDM, integre enfermeiros, com uma alocação a tempo integral, detentores de perfil de competências e experiência profissional adequada ao exercício de funções na área do reprocessamento de dispositivos médicos e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em reprocessamento de dispositivos médicos, de forma a garantir a permanência de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro 24 horas, todos os dias da semana, permitindo zelar pela qualidade do reprocessamento, orientar, capacitar e coordenar a equipa de trabalho em cada turno, dar resposta às necessidades dos serviços utilizadores, entre outras.

O enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos, atitudes e capacidades conducentes ao desempenho, tendo em consideração o percurso profissional e formativo, consentâneo com as áreas de intervenção e responsabilidade inerentes ao reprocessamento dos dispositivos médicos.

Para o cálculo da dotação da equipa, é utilizada a seguinte fórmula:

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

**B.18 — Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO)**

A equipa de Saúde Ocupacional integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro<sup>(49)</sup>, detentor de competência acrescida diferenciada em Enfermagem do Trabalho<sup>(50)</sup>.

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 (dez) trabalhadores ou fração<sup>(51)</sup>.

**B.19 — Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD)<sup>(52)</sup>**

No sentido de contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, segurança do cliente e gestão do risco e, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, recomenda-se que a CQSD integre 1 (um) enfermeiro especialista, que detenha formação específica na área, acreditada por entidade competente, e que seja detentor de perfil de competências e/ou experiência profissional adequado ao exercício destas funções, com uma alocação a tempo integral, devendo a dotação ser ajustada em função do nível de diferenciação e complexidade do sistema de gestão da qualidade e segurança do cliente, apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços e unidades.

## B.20 — Formação e Investigação

Considerando a relevância da formação e da investigação para cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho individual, recomenda-se a alocação mínima de 1 (um) enfermeiro especialista, com competência acrescida em Supervisão Clínica, preferencialmente com grau académico de Doutor em Enfermagem e, na sua ausência, no mínimo com grau académico de Mestre em Enfermagem, e em articulação com instituições de ensino ou centros de investigação, com uma alocação a tempo integral.

Deve acrescer 1 (um) enfermeiro com idêntica qualificação, por cada 500 enfermeiros.

## C — Emergência Extra-Hospitalar

Recomenda-se que, nos termos da legislação em vigor<sup>(53)</sup>, os diversos meios em contexto de emergência extra-hospitalar devem integrar 1 (um) enfermeiro com competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar, para além da formação definida pelos Despachos n.ºs 10109/2014, de 6 de agosto, 1393/2013, de 23 de janeiro e 5561/2014, de 23 de abril, em função exclusiva, conforme o Despacho n.º 5058-D/2016<sup>(54)</sup>, nomeadamente, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida e no Serviço de Heli-transporte de Emergência Médica.

## D — Cuidados Continuados Integrados (CCI)

Recomenda-se que, nas Unidades integradas na RNCCI<sup>(55)</sup>, 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, por enfermeiro especialista, com competência acrescida avançada em gestão, enfermeiro gestor.

No contexto das unidades de CCI, nenhuma unidade, em momento algum do seu horário de funcionamento, deve ser assegurada apenas por 1 (um) enfermeiro.

Para o cálculo de dotação de enfermeiros, nas unidades de convalescença e média duração e reabilitação são utilizados os valores das horas de cuidados necessárias em enfermagem 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:

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

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.

Em alternativa à utilização do SCD/E, recomenda-se que o rácio utilizado, 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.

Adicionalmente, e de acordo com a tipologia da Unidade, deve integrar enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, assegurando a prestação diária de cuidados especializados, considerando-se adequado:

Unidade de Convalescença: o rácio de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, por cada 8 doentes;

Unidade de Média Duração e Reabilitação: o rácio de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 doentes;

Unidade de Longa Duração e Manutenção: o rácio de 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, por cada 25 doentes;

Nas unidades de cuidados paliativos integradas na RNCCI, que se destinam a doentes de complexidade baixa a moderada, recomenda-se a utilização dos dados fornecidos pela utilização

do SCD/E, ou, em alternativa, o rácio proposto de 1 (um) enfermeiro por cama de internamento, com uma alocação a tempo integral;

Na existência de doentes complexos, nestas unidades, o rácio deve seguir a proposta vertida na Circular Normativa n.º 1/2017, de 12 de janeiro da CNPC/ACSS, de 1,2 enfermeiros por cama de internamento, com uma alocação a tempo integral.

Tendencialmente, nesta unidade, a equipa deve ser dotada de 50 % de enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, em permanência, nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.

Adicionalmente, recomenda-se a integração de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, assegurando a prestação diária de cuidados especializados.

#### D.1 — Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos nos Cuidados Continuados Integrados (PPCIRA-CCI)

O núcleo central da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, deve integrar 1 (um) enfermeiro em dedicação completa a esta função.

Para o exercício das suas funções, deve o enfermeiro:

Ter formação específica, quer através de cursos de formação avançada, pós-graduação ou mestrado em Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, quer através de especialidade que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito e/ou ter experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em controlo de infeção.

Adicionalmente e de acordo com a operacionalização da gestão dos programas locais, recomenda-se, ainda, que integre, preferencialmente, enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão.

Deve ser apoiado por um enfermeiro em cada uma das tipologias de cuidados continuados agregadas a cada Unidade, dispondo este de um número de horas de acordo com o grau de diferenciação de cuidados e de acordo com o Plano de Atividades do GCL-PPCIRA.

#### E — 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, recomenda-se que as diferentes estruturas e tipologias 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.

#### F — 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 ser enfermeiro especialista, com competência acrescida avançada em gestão.

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 horas <sup>(56)</sup>, 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, nunca inferior a, pelo menos, 16 horas diárias);

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 RNCCI, em permanência, nas 24 horas.

Os cálculos referidos podem ser adequados, com a necessária flexibilidade, em função da complexidade dos cuidados, das características gerais, quer da instalação, quer do funcionamento, tendo em consideração o 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 a integração, na equipa, de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e, ou, enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica e, ou em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

#### G — Serviço de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO)

Os Enfermeiros do Trabalho devem existir em todas as empresas independente da sua dimensão ou modalidade de organização dos serviços de SST.

Para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros adequados em cada serviço de saúde ocupacional das empresas, recomenda-se o seguinte:

Estabelecimentos industriais ou de outra natureza com risco elevado pelo menos 1 hora por mês por cada grupo de 10 (dez) trabalhadores ou fração;

Nos restantes estabelecimentos, 1 hora por mês por cada grupo de 20 (vinte) trabalhadores ou fração.

O Enfermeiro do Trabalho exerce a respetiva atividade com autonomia técnica e deve possuir competência acrescida diferenciada em Enfermagem do Trabalho. No caso de insuficiência comprovada de Enfermeiros do Trabalho qualificados nos termos referidos, a DGS pode autorizar transitoriamente outros enfermeiros a exercer as respetivas funções, durante um período limitado, até obtenção da referida competência.

#### H — Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos Grupo de Coordenação Nacional (GCN-PPCIRA) e Grupo de Coordenação Regional (GCR-PPCIRA)

Na DGS, no PPCIRA Nacional, recomenda-se 4 (quatro) enfermeiros com dedicação completa a esta função, 1 (um) para a área dos cuidados de saúde primários, 1 (um) para a área dos cuidados continuados integrados e 2 (dois) para a área dos cuidados hospitalares.

Nas Administrações Regionais de Saúde nos GCR PPCIRA, recomenda-se 3 (três) enfermeiros com dedicação completa a esta função, 1 (um) para a área dos cuidados de saúde primários, 1 (um) para a área dos cuidados continuados integrados e 1 (um) para a área dos cuidados hospitalares.

Para o exercício das suas funções abrangentes e específicas, deve o enfermeiro:

Ter formação específica, quer através de cursos de formação avançada, pós-graduação ou mestrado em Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, quer através de especialidade que desenvolva curriculum académico e profissional neste âmbito e/ou ter experiência profissional reconhecida e adequada ao exercício de funções e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em controlo de infeção.

Adicionalmente e de acordo com a operacionalização da gestão dos programas nacionais e regionais, recomenda-se, ainda, que integre, preferencialmente, enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão.

#### I — Serviços Prisionais

Os serviços prisionais compreendem estabelecimentos de pequena, média e grande dimensão.

Atentas as características e a natureza das necessidades em saúde e dos cuidados prestados, recomenda-se o rácio de 1 (um) enfermeiro, por cada 200 reclusos, em permanência, 24 horas por dia.

A dotação desta equipa segue a seguinte fórmula:

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

#### 4 — Disposição final

As fórmulas e valores de referência para o cálculo de dotação de enfermeiros, estabelecidas no presente documento, serão utilizadas como referencial nas visitas de acompanhamento do exercício profissional, realizadas pelos Conselhos de Enfermagem Regionais nos termos previstos no EOE.

#### 5 — Revisão

A presente Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, vigora pelo período de quatro anos, podendo ser revista em momento anterior, quando alterações legislativas ou técnico-científicas o justifiquem.

(<sup>1</sup>) 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.

(<sup>2</sup>) 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.

(<sup>3</sup>) Cf. n.º 3, do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro.

(<sup>4</sup>) O cálculo do número de dias de falta dos enfermeiros considerado no Relatório Social do Ministério da Saúde e SNS aponta para uma média de 29,7 dias, que correspondem a 1 298 111 dias de ausência em 2017, num universo de 43 659 enfermeiros.

(<sup>5</sup>) Cf. artigo 238.º, do Código do Trabalho, na sua atual redação.

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

(<sup>7</sup>) Cf. artigos 131.º, n.º 2, do Código do Trabalho, na sua atual redação.

(<sup>8</sup>) Cf. artigo 238.º do Código do Trabalho, na sua atual redação.

(<sup>9</sup>) Cf. artigo 234.º (feriados obrigatórios) e 235.º (feriados facultativos), ambos do Código do Trabalho, na sua atual redação.

(<sup>10</sup>) Cf. artigo 131.º, n.º 2, do Código do Trabalho, na sua atual redação.

(<sup>11</sup>) 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.

(<sup>12</sup>) Em particular o n.º 1, do artigo 9.º, da Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, que veio estabelecer o subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) aos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem.

(<sup>13</sup>) Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, que aprova o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, que define o perfil de competências do enfermeiro gestor e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em Gestão, no âmbito do exercício profissional de Enfermagem.

(<sup>14</sup>) N.º 4, do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

(<sup>15</sup>) Crianças até aos 6 anos contam como 1,5 unidades ponderadas. Pessoas com idade compreendida entre os 65 e 74 anos contam como 2 unidades ponderadas e pessoas com 75 e mais anos, como 2,5 unidades ponderadas. Restantes pessoas como 1 unidade ponderada.

(<sup>16</sup>) Artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, que altera o diploma que aprovou o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

(<sup>17</sup>) Crianças até aos 6 anos contam como 1,5 unidades ponderadas. Pessoas com idade compreendida entre os 65 e 74 anos contam como 2 unidades ponderadas e pessoas com 75 e mais anos, como 2,5 unidades ponderadas. Restantes pessoas como 1 unidade ponderada.

(<sup>18</sup>) Cf. 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.

(<sup>19</sup>) Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015; Parecer n.º 14/2013, da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sobre o Programa Nacional de Saúde Escolar; Parecer n.º 10/2018 da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sobre o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

(<sup>20</sup>) Parecer n.º 21/2017, da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica sobre o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

(<sup>21</sup>) O Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, e posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 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.

(<sup>22</sup>) Parecer n.º 01/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

(<sup>23</sup>) 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.

(<sup>24</sup>) 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 artigo 11.º, do

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACeS e estabelece o seu regime de organização e funcionamento 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, na sua atual redação.

<sup>(25)</sup> Nas áreas geográficas superiores a 200 km<sup>2</sup>, deve a equipa ser reforçada com mais 1 (um) enfermeiro, por cada 200 km<sup>2</sup>.

<sup>(26)</sup> Despacho n.º 14311-A/2016, de 28 de novembro, que aprova o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018, designa os coordenadores, quer a nível nacional, quer a nível regional e define as competências dos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Circular Normativa n.º 1/2017, de 12 de janeiro, da CNCP/ACSS.

<sup>(27)</sup> Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro, que atualiza e reforça o modelo organizacional e a flexibilidade técnica dos serviços operativos de saúde pública, com vista a garantir de forma célere e eficaz a proteção da saúde das populações, alterando os seguintes diplomas.

<sup>(28)</sup> Despacho n.º 15423/2013, de 26 de novembro, que cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

<sup>(29)</sup> Circular Informativa n.º 05/DSPPS/DCVAE, da Direção-Geral da Saúde, de 3 de março de 2010.

<sup>(30)</sup> Artigo 34.º, da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, na sua atual redação, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na sua atual redação.

<sup>(31)</sup> 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).

<sup>(32)</sup> Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro, que aprova o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão.

<sup>(33)</sup> Parecer conjunto n.º 01/2017, do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No mesmo sentido, o Parecer n.º 03/2016, da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, relativo às competências de chefe de equipa num serviço de bloco de partos.

<sup>(34)</sup> 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 Español* em <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UEH.pdf>.

<sup>(35)</sup> Recomendação da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

<sup>(36)</sup> Determina a estratégia de implementação de Unidades de Hospitalização Domiciliária no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

<sup>(37)</sup> Subalínea ii), da alínea a) do n.º 3, do artigo 14.º, da Portaria n.º 615/2010, de 3 de agosto que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas que tenham por objeto a prestação de serviços médicos e de enfermagem em obstetria e neonatologia, na sua atual redação.

<sup>(38)</sup> Cf. Parecer n.º 21/2017, de 7 de abril, da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sobre o cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica.

<sup>(39)</sup> Despacho n.º 10319, de 2014, publicado na 2.ª série do *Diário da República* n.º 153, de 11 de agosto, que determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação, alterado pelo Despacho n.º 5059-D/2016, de 12 de abril.

<sup>(40)</sup> 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.

<sup>(41)</sup> 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.

<sup>(42)</sup> Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, adiante designada por Rede, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

<sup>(43)</sup> Base XVII, da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro que aprova a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

<sup>(44)</sup> Circular Normativa n.º 1, da CNCP/ACSS, de 12 de janeiro de 2017.

<sup>(45)</sup> Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP\\_2017-2018-1-1.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrategico-CP_2017-2018-1-1.pdf).

<sup>(46)</sup> Vide nota 40.

<sup>(47)</sup> Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março, que regula o acesso à atividade de transporte de doentes por via terrestre, e Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro, que aprova o Regulamento de Transporte de Doentes, alterada pela Portaria n.º 96/2018 de 6 de abril.

<sup>(48)</sup> Despacho 15423/2013, de 26 de novembro, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 229/2013, que cria os grupos de coordenação regional e local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

<sup>(49)</sup> Artigo 104.º, sob a epígrafe «*Enfermeiro do Trabalho*», da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, que estabelece o regime jurídico aplicável à promoção da segurança e da saúde no trabalho, na sua atual redação.



<sup>(50)</sup> DGS. Programa Nacional de Saúde Ocupacional.

<sup>(51)</sup> 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.

<sup>(52)</sup> Despacho n.º 3635/2013, *Diário da República*, 2.ª 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.

<sup>(53)</sup> Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março, que regula o acesso à atividade de transporte de doentes por via terrestre, e Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro, que aprova o Regulamento de Transporte de Doentes, alterada pela Portaria 96/2018 de 6 de abril.

<sup>(54)</sup> Despacho n.º 5058-D/2016, de 13 de abril, que estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico.

<sup>(55)</sup> Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua atual redação.

<sup>(56)</sup> Artigo 12.º, da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas, determina no seu n.º 1 que «a estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação de serviços 24 horas por dia».

## ANEXO À NORMA

## Valor do indicador HCN/DI por especialidade/serviços de especialidade

Especialidade/Serviço de Especialidade	HCN/DI Tempo médio/horas		
	2016	2017	Média 2016-2017
Cardiologia . . . . .	3,91	4,32	4,12
Cirurgia Cardiorácica . . . . .	4,07	4,11	4,09
Cirurgia Geral . . . . .	4,57	5,08	4,83
Cirurgia Maxilo-Facial . . . . .	3,99	4,28	4,14
Cirurgia Plástica e Reconstructiva . . . . .	4,01	4,65	4,33
Cirurgia Vasculosa . . . . .	4,53	5,14	4,84
Convalescença . . . . .	5,23	5,07	5,15
Cuidados Paliativos . . . . .	5,26	5,82	5,54
Dermatologia . . . . .	4,05	4,45	4,25
Doença Cerebrovascular . . . . .	5,61	6,20	5,91
Doenças Infecciosas . . . . .	4,11	4,78	4,45
Endocrinologia . . . . .	3,78	4,37	4,08
Especialidades . . . . .	4,68	4,81	4,75
Especialidades Cirúrgicas . . . . .	4,76	5,74	5,25
Especialidades Médicas . . . . .	5,15	5,51	5,33
Fisiatria . . . . .	4,57	5,07	4,82
Gastroenterologia . . . . .	4,22	4,58	4,40
Ginecologia . . . . .	3,83	4,34	4,09
Lesões Vertebro Medulares . . . . .	5,04	4,95	5,00
Medicina Interna . . . . .	5,56	6,14	5,85
Nefrologia . . . . .	4,47	4,83	4,65
Neurocirurgia . . . . .	5,45	6,04	5,75
Neurologia . . . . .	5,13	5,62	5,38
Obstetrícia . . . . .	3,31	3,71	3,51
Oftalmologia . . . . .	4,09	4,64	4,37
Oncologia Médica . . . . .	4,08	5,14	4,61
Oncologia IPO . . . . .	5,00	5,42	5,21
Ortopedia . . . . .	4,81	5,39	5,10
Otorrinolaringologia . . . . .	4,07	4,47	4,27
Pediatria . . . . .	3,70	4,13	3,92
Pneumologia . . . . .	4,82	5,41	5,12
Reabilitação Geral Adultos . . . . .	4,21	4,64	4,43
Transplantação . . . . .	4,13	4,44	4,29
Urologia . . . . .	4,54	5,16	4,85

Fonte: Últimos dados divulgados pela ACSS, relativos ao SCD/E, anos 2016/2017.

*Nota.* — Por não existir em quadros de classificação para Neonatologia e Psiquiatria, e não dispormos de valores do SCD/E, são utilizadas as horas indicadas nos Pareceres das respetivas Mesas dos Colégios de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica relativos ao cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem.



Sempre que sejam divulgados novos dados pela ACSS sobre a matéria, esses devem prevalecer relativamente aos agora publicados.

### 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.
EC .....	Enfermagem Comunitária.
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.
EMC .....	Enfermagem Médico-Cirúrgica.
ESMO .....	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
GCL-PPCIRA ...	Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções 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.
ICN .....	<i>International Council of Nurses.</i>
LP .....	Lotação Praticada.
LTFP .....	Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.
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.
SST/SO .....	Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional.
T .....	Período normal de trabalho por enfermeiro/ano.
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.
URDM .....	Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos.
USF .....	Unidade de Saúde Familiar.
USP .....	Unidade de Saúde Pública.
VIH .....	Vírus da Imunodeficiência Humana.

312558268