



Propostas de melhoria das mesas dos colégios das especialidades

A **Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO)** sobre a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem vem sugerir no que diz respeito à Obstétrica (B11) as seguintes alterações futuras:

- Rácio assistência Intra Parto
 - 1:2 no 1º estadio
 - 1:1 no 2º estadioNota: no 3º e 4º estadio a responsabilidade da assistência é do profissional envolvido no 2º estadio.
- Rácio assistência pré parto
 - 1:4 na gravidez de risco
 - 1:6 na gravidez de baixo risco
- Rácio assistência pós-parto
 - 1:4 no puerpério patológico
 - 1:6 no puerpério normal

A **Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC)** sobre a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem vem sugerir as seguintes alterações futuras:

- Integração do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e a Consulta do Viajante (CVI)

A **Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP)** sobre a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem sugere como referência para alterações futuras o documento sobre dotações seguras em contexto pediátrico, aprovado na assembleia do colégio em 11 de junho de 2015 (anexo 1 - MCEESIP).



**ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**DOCUMENTO SOBRE DOTAÇÕES SEGURAS EM CONTEXTO
PEDIÁTRICO**

APROVADO POR UNANIMIDADE, NA ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA EM 11 DE
JUNHO DE 2015, EM LISBOA

PROPOSTA APRECIADA E APROVADA EM REUNIÃO ORDINÁRIA DE 8 DE MAIO 2015
DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA



A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) vem propor a todos os membros do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CEESIP) o documento elaborado pela Mesa e por um grupo de peritos do Colégio (Enfermeiras Clarisse Fontoura Carneiro, Dina Cláudia Soares Oliveira, Maria Amélia Alves Moreira Ramalhão e Maria de Fátima Ascenso Coelho Figueira) que depois de aprovado será presente ao Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros visando a sua aprovação em Assembleia Geral de modo a constituir um regulamento para as dotações de Enfermeiros em todos os contextos pediátricos.

A Mesa constituída por Maria Amélia José Monteiro, Maria Arminda Amaro Monteiro e José Carlos Galvão Baptista Nelas escolheu como principal desígnio para este mandato a elaboração de um documento que sirva de referência para as dotações nos diferentes contextos pediátricos, dada a inexistência de documentos em Portugal que norteiem as dotações seguras em contextos pediátricos. A Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou em 2014 o Regulamento 533/2014 que contém a NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, o qual preconiza 4,10 cuidados para a Pediatria, número que consideramos insuficiente e desadequado face às atuais necessidades de cuidados pediátricos e que por isso mereceu o nosso repúdio expresso em Assembleia Geral.

Para o ICN (2006) dotações seguras significa que “está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados de doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de risco”.

A OE (2001:15), no seu Regulamento dos Padrões de qualidade para o exercício da profissão, diz que “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem.*” A mesma fonte considera como importante para se atingir este padrão a adequação do “[...] número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem.”

De igual modo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde da Criança e do Jovem (2011), refere que:

- Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (ESCJ), contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, constituindo-se como elementos importantes;
- A dotação de enfermeiros especialistas em ESCJ face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, das quais as inerentes ao método de trabalho por enfermeiro de referência.

Na Tomada de Posição da OE relativa a Cuidados Seguros, 2006 expressa que ...“os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade”.

A qualidade dos serviços oferecidos pelo setor da saúde, é grandemente influenciada pelo papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde.

Urge compreender como as organizações, através da gestão adequada das pessoas, podem conseguir aumentar a capacidade produtiva e criativa, mantendo, simultaneamente, limites sustentáveis aos custos associados ao trabalho (Cunha et al., 2010). O impacto financeiro que os recursos humanos provocam nos orçamentos da saúde leva a esta exigência.

A dotação desadequada dos enfermeiros tem implicações determinantes sobre vários fatores na prática de saúde conforme se pode observar no quadro 1.



QUADRO 1- IMPLICAÇÕES DAS DOTAÇÕES DESADEQUADAS

IMPLICAÇÕES	REFERÊNCIA
- Na segurança dos doentes e continuidade dos cuidados.	(RCN, 2010 ; ICN, 2006 ; Rajecki, 2009; <i>Tevington, 2011</i>)
- Na satisfação dos doentes.	(RCN, 2010; <i>Tevington, 2011</i>)
- Na satisfação dos enfermeiros.	(Betz, 2001; Rajecki, 2009)
- No abandono da profissão e exaustão profissional	(Sheward <i>et al.</i> ,2005); (Rajecki, 2009)
- Na formação de novos profissionais.	(Hurst, 2003; Murphy, Morris, 2005; Rajecki, 2009)
- Nos custos e resultados dos cuidados prestados	

Os fatores que influenciam o planeamento dos recursos humanos são diversos. As interações no ambiente interno e com o ambiente externo são condicionantes a ter em conta quando se procura um planeamento adequado do número de pessoas numa determinada organização. A geografia/arquitetura dos serviços de internamento, no nosso caso das enfermarias, a metodologia de trabalho, o tipo de atividades, o grau de integração e/ou diferenciação dos enfermeiros constituem alguns dos exemplos deste tipo de fatores por influenciarem a carga de trabalho dos colaboradores.

No entanto, não existem dados objetivos que consubstanciem o planeamento dos recursos humanos nos diversos contextos pediátricos o que tem levado a dotações insuficientes que provocam insatisfação nos colegas e nos utentes e famílias, na segurança dos doentes e continuidade de cuidados e nos custos e resultados esperados.

A MCEESIP propõe-se com este documento, apoiar a tomada de decisão na gestão de enfermeiros nos diversos contextos pediátricos.

Apesar de se enquadrar como um documento que se pretende normativo, os ratios apresentados orientam para o que consideramos ser o nível seguro de dotação de enfermagem, sendo que cada contexto de prática deverá ajustar estes números à realidade e às necessidades específicas.

FUNDAMENTAÇÃO

Não está demonstrado que exista um modelo para determinação de dotações de enfermagem que considere todas as variáveis que têm influência na carga de trabalho de enfermagem. Apesar de tudo, os modelos de dotação de enfermeiros assentam frequentemente na análise de cada realidade e dos dados que se tem acesso, baseados em juízos profissionais subjetivos (Flynn & McKeown, 2009).

O ICN (2006:49) refere os seguintes fatores a ter em conta na definição de dotações de enfermagem:



QUADRO 1 - MATRIZ PARA A TOMADA DE DECISÃO RELATIVA ÀS DOTAÇÕES DE ENFERMEIROS

Itens	Elementos / definições
Doentes	Características dos doentes e número de doentes aos quais estão a ser prestados cuidados
Intensidade da unidade e dos cuidados	Intensidade individual dos doentes; intensidade através da unidade (tendo em consideração a heterogeneidade dos ambientes); variabilidade dos cuidados; admissões, altas e transferências; volume.
Contexto	Arquitetura (dispersão geográfica dos doentes, dimensão e disposição das quartos individuais dos doentes, arranjo de todas as unidades de cuidados aos doentes e assim por diante); tecnologia (<i>beepers</i> , telemóveis, telefones, computadores); mesma unidade ou agregado de doentes.
Especialização	Curva de aprendizagem para indivíduos e grupos de enfermeiros; consistência, continuidade e coesão do pessoal; formação cruzada; controlo da prática; envolvimento em atividades para a melhoria da qualidade; expectativa pro-fissional; preparação e experiência.

Fonte: Conselho Internacional dos Enfermeiros (2006) *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra. International Council of Nurses, 82 p., ISBN 9295040449.

Os modelos de organização dos cuidados de enfermagem devem levar em conta as necessidades dos doentes e famílias, os quais, consoante a complexidade e grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem, exigirão recursos humanos em termos quantitativos e qualitativos adequados, condicionando, por isso, o planeamento de recursos de enfermagem (Laus & Anselmi, 2004).

Quando se pretende dimensionar equipas de enfermagem há que considerar: os diagnósticos mais frequentes no serviço, a procura de cuidados de enfermagem, os recursos disponíveis, a satisfação dos doentes, as competências da equipa, altas, entradas e transferências de doentes na unidade, a tipologia do serviço, o suporte tecnológico disponível e qualificação do pessoal existente (RCN, 2010).

A carga de trabalho de enfermagem é a base dos cálculos de dotações de enfermagem. Sem conhecer esta realidade não é possível diagnosticar objetivamente as necessidades da instituição. Numa primeira fase, há que separar "trabalho de enfermagem" de "carga de trabalho de enfermagem". Na ótica de Morris (2007) o trabalho de enfermagem inclui as atividades de cuidado diretas e indiretas levadas a cabo pelos enfermeiros na sua prática diária, enquanto a carga de trabalho corresponde a outras atividades que não sendo cuidados são executadas pelo enfermeiro no dia-a-dia.

DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM

O dimensionamento de equipas de trabalho em empresas, hospitais, e outro tipo de serviços obedece a regras, assenta em modelos de gestão próprios e está diretamente relacionado com a estratégia de gestão escolhida por uma dada organização.

Para Hurst (2003), os enfermeiros, talvez mais do que outros grupos profissionais, são afetados pelos desenvolvimentos clínicos, educacionais e de gestão no setor da saúde. Ao analisar as exigências atuais para o atendimento na satisfação de necessidades em saúde Burhans (2008), constatou que os doentes são admitidos nos hospitais porque necessitam de cuidados de enfermagem. Se assim não fosse, a quase totalidade dos tratamentos poderia ser feita em regime de ambulatório.



DOCUMENTO SOBRE DOTAÇÕES SEGURAS EM CONTEXTO PEDIATRICO
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O Ministério da Saúde (2006) a propósito da definição de critério para atribuição de regime de horário acrescido, publicou a Circular Normativa nº1/2006 onde são definidos os métodos de cálculo de pessoa de enfermagem.

Em relação às UNIDADES DE INTERNAMENTO é atribuída a seguinte fórmula:

$$EN = \frac{LP \times TO \times HCN/DI \times n.^{\circ} \text{ dias/ano}}{T}$$

em que:

EN = Número de enfermeiros necessários,

LP = Lotação praticada,

TO = Taxa de ocupação esperada – a fornecer pela hospital,

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano,

HCN/DI = Número de horas de cuidados necessárias por dia de internamento / doente,

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano

Em relação aos contextos de ambulatório

CONSULTA EXTERNA

$$EN = PT \times HF \times N.^{\circ} \text{ dias/ano}$$

em que:

EN = Número de enfermeiros necessários,

PT = Número de postos de trabalho (0,5 enf. x n.º gabinetes de consulta),

HF = Número de horas de funcionamento por dia

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano – 250,

URGÊNCIA

$$EN = At \times HCN/At$$

em que:

EN = Número de enfermeiros necessários,

At = Número de atendimentos por ano,

HCN/At = Número de horas de cuidados necessárias por atendimento- a fornecer pela Agência (média da região), T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano

Nas fórmulas em questão, as HCN/DI são consideradas de acordo com os resultados publicados em relatório pela Direção de Gestão e Planeamento dos Recursos Humanos (DGPRH) para cada especialidade, sendo neste caso definidas para internamentos pediátricos como 4,81 horas de cuidados de enfermagem por doente e por dia. Este valor resulta da média dos resultados encontrados pela aplicação do Quadro de Classificação de Doentes em uso para Pediatria (QCDP).



Posteriormente, em 2011, surgiu uma proposta realizada por um grupo de trabalho, constituído por elementos do Ministério da Saúde e da OE, onde através da utilização dos valores médios anuais produzidos pelo SCD/E, são revistas os as HCN/DI para 5,01 horas.

Mais recentemente e por proposta do Conselho de Enfermagem da OE, surge um novo documento, onde são estipuladas para a Pediatria um valor de 4,1 horas de cuidados de enfermagem / por doente / dia.

Este valor tem como referência o relatório produzido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e não representa os hospitais especializados em Pediatria nem os Serviços de Pediatria das Unidades Hospitalares do Grupo III, os serviços de oncologia, cuidados intensivos pediátricos e neonatologias, pelo facto destas não produzirem dados para os relatórios supracitados, por não utilizarem o SCD/E nos contextos.

A existência de um serviço de urgência aberto todos os dias do ano, durante 24 horas, característico dos hospitais com esta dimensão e abrangência, motiva dificuldades na previsão do número de doentes que serão admitidos nos serviços. É certo que, através do histórico da instituição, se não existirem alterações na oferta de cuidados, conseguimos, com alguma margem de certeza, encontrar um número médio de internamentos não programados com proveniência na urgência. O método de cálculo de pessoal por ratio enfermeiro/camas consegue ultrapassar estes imprevistos, apesar dos inúmeros pontos fracos que lhe reconhecemos. Este raciocínio fundamenta-se no que alguns autores (Hurst, 2003; RCN, 2010; Mueller 2010) preconizam para calcular dotações seguras a utilização comum de diferentes métodos, sendo o mais referenciado a utilização da triangulação: atividades cronometradas (SCD/E)/ juízo profissional/ rácio enfermeiro por cama ocupada.

PROPOSTA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CUIDADOS DIFERENCIADOS

As propostas aqui elaboradas serão definidas tendo em atenção a divisão por área de cuidados que nos pareceu mais consensual. Resultou da utilização conjunta de três métodos para cálculo de dotações: dados obtidos pelo SCD/E; avaliação pelo método de juízo profissional por um grupo de peritos nomeados; ratio enfermeiro por cama ocupada e/ou posto de trabalho, comparativamente com o preconizado pela legislação nacional e pela bibliografia internacional.

Destacamos, do apoio normativo e bibliográfico utilizado:

- Guia de Recomendações para o Cálculo de Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde - Indicadores e valores de referência, 2011
- “Padrões Europeus de Cuidados à Criança com Cancro” publicado pela Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica em 2009.
- “Defining staffing levels for children and young people’s services” emitido pelo RCN em 2013.
- “Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem” aprovado em 2014.
- Parecer da OE sobre “Condições para funcionamento das maternidades, emitido em 2008”;

A opção da sua apresentação em tabela, com resumo de todos os constructos recolhidos tem em consideração facilitar a utilização do documento.

Os valores só podem ser considerados como referência, já que cada instituição deverá adaptar de acordo com as características da população que atende e com a especificidade da organização de cuidados de enfermagem de cada unidade.



DOCUMENTO SOBRE DOTAÇÕES SEGURAS EM CONTEXTO PEDIÁTRICO
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Os valores que apresentamos são valores mínimos e que poderão ser ajustados de acordo com as necessidades de cada utente.

TABELA 1. RECOMENDAÇÃO DE HORAS DE CUIDADOS E RATIOS MÍNIMOS PARA CUIDADOS PEDIÁTRICOS DIFERENCIADOS EM CONTEXTO HOSPITALAR ESPECIALIZADO.

CONTEXTOS DA PRÁTICA		HCN/E	RÁTIMO ENFERMEIRO / UTENTE OU ENFERMEIRO / CAMA OCUPADA			Mix ESPECIALISTA / CUIDADOS GERAIS
			MANHÃ	TARDE	NOITE	
Unidades de internamento	Cirúrgicos	5,5	1/3	1/5	1/6	2/3
	Médicos	6,5	1/3	1/5	1/6	
	Oncológicos	6,5	1/3	1/5	1/6	
	Queimados	7	1/2	1/4	1/4	
	Transplante hepático	6,5	1/3	1/4	1/5	
	Paliativos	6,5	1/3	1/4	1/5	
	Neuro-cirúrgicos	7	1/2	1/4	1/4	
	Psiquiátricos	6	1/3	1/3	1/6	
Unidades de cuidados intensivos, intermédios	Cuidados Intensivos Pediátricos	16,94	1/1	1/1,5	1/2	2/3
	Cuidados Intermédios Pediátricos	10	1/2	1/3	1/4	
	Cuidados Intensivos Neonatais	16,94	1/1	1/1,5	1/2	
	Cuidados Intermédios Neonatais	10	1/2	1/3	1/4	
Cuidados paliativos	Internamento	6,5	1/3	1/4	1/6	2/3
Urgência	Unidade de internamento de curta duração	6,5	1/3	1/3	1/3	1/3
	Salas de tratamento	n.a.	1 enf./posto de trabalho *		n.a.	
	Triagem	n.a.			n.a.	
Hospital de dia - Oncologia		n.a.	1/3	n.a.	n.a.	1 por turno
Hospital de dia- Pediatria		n.a.	1/4	n.a.	n.a.	1 por turno
Cirurgia de ambulatório		n.a.	1/6	n.a.	n.a.	1 por turno
Consulta externa	Salas de tratamento	n.a.	1 enf. posto de trabalho **			1/3
	Consulta de referência	n.a.	1 enf / 70 utentes***			2/3

* Salvaguarda-se as particularidades das salas de emergência, em que a dotação deverá ser calculada de acordo com as particularidades do serviço, nomeadamente no que diz respeito à arquitetura, equipamento e organização do atendimento no serviço.



** A ter em conta a oferta específica de cada contexto (ex: em contextos onde se realizem procedimentos sob sedação a dotação recomendada é 2 enfermeiros/criança)

*** Este ratio corresponde ao número de casos que cada enfermeiro tem como referência, representando no máximo 8 - 10 consultas /dia.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Neste contexto da prática é desejável que existam, no mínimo, 2 enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica por cada UCC. Estes deverão assumir a responsabilidade pela saúde escolar, pela vigilância de saúde infantil e pelo acompanhamento de crianças com necessidades especiais de saúde, respeitando-se os seguintes rácios:

- 1 EESIP/ 1500 Crianças saudáveis
- 1 EESIP/250 Crianças com necessidades especiais
- 1 EESIP/125 Crianças com necessidades especiais de saúde.

Idealmente, para além destes, deveriam existir, para consultadoria especializada, no mínimo mais um enfermeiro ESIP por cada ACES.

NOTAS FINAIS

Cumpra à Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica considerar o seguinte acerca dos valores apresentados:

- Pretendem colmatar a necessidade expressa para os contextos da prática pediátrica especializada, já que não existem atualmente valores recolhidos nestes contextos específicos;
- Resultam do acordo de um conjunto de peritos em Enfermagem Pediátrica com base no seu Juízo profissional, nas horas de cuidados referenciados na bibliografia internacional e nas HCNE resultantes do SCD/E;
- Estão suportados em orientações da OE, nomeadamente em pareceres emitidos pela Comissão de Especialidade e / ou da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Os mesmos são referências mínimas para o cálculo de dotações seguras, cabendo a cada instituição adaptá-los de acordo com a sua realidade.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2011) "Hospital: Definição e Classificação", [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital: defini%C3%A7%C3%A3o e classifica%C3%A7%C3%A3o](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o) [6 de Janeiro de 2015].
- Agency for Healthcare Research and Quality (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Hughes RG, editor. http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F21328752&ei=CCnrVP_bC4H-UProvgK&usq=AFQjCNFL88bcxLgNmheTojfeK9ja452WeQ&sig2=TWCCCLNS00Fw4LUWJ_Gw1g [13 de fevereiro de 2015]
- American Nurses Association (2012). The Value of Nursing Care Coordination A WHITE PAPER OF THE AMERICAN NURSES ASSOCIATION.



http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDEOFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.nursingoutlook.org%2Farticle%2FS0029-6554%252813%252900188-7%2Fabstract&ei=HyrVlaeGMfvUOyHg6AK&usq=AFQjCNEmlg4DMQjc1SOSFYozUrs14yD_xw&sig2=SgOYFVvpuBrqh-26XLAViq. [13 de fevereiro de 2015].

Betz, Cecil (2001) "Adding to the Nursing Shortage Chorus". *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*. Dezembro, 16(6), 387-389, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11740784> [21 de Janeiro de 2015].

Burhans, Linda M. (2008) "What is good Nursing care? The lived Meaning of quality nursing care for practicing nurses". Faculty of the College of Nursing East Carolina University, <http://hdl.handle.net/10342/1085> [6 de Janeiro de 2015].

Conselho Internacional dos Enfermeiros (2006) *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra. International Council of Nurses, 82 p., ISBN 9295040449

Cunha, Miguel P., Rego, Arménio; Cunha, Rita C., Cabral-Cardoso, C.; Marques, Carlos A.; e Gomes, Jorge F. S. (2010) *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Department of Health, Government of Western Australia (2007). Ambulatory and community-based care: A Framework for non-inpatient care Health - Reform Implementation Taskforce. http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.health.wa.gov.au%2Fhrit%2Fdocs%2Fpublications%2FNon-inpatient_framework.pdf&ei=iSjrVMuFG8zUrP0gmg&usq=AFQjCNEcnZ2k7obUEH1KrSWi8_H4I7SCjQ&sig2=o-Hq7vPWaQggYv7_KzMRmw. [13 de fevereiro de 2015]

Direção Geral Saúde (2012) Orientação técnica nº 022/2012 - Controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças. Lisboa.

Flynn, M., McKeown, M. (2009) "Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research". *Journal of nursing management*. 17(6), 759-66.

Hurst, Kheit (2003) *Selecting and Applying Methods for Estimating the size and Mix of Nursing Teams*. Leeds: Nuffield Institute for Health.

ICN (2006) *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses.

King's College London (2012). High Quality Care Metrics for Nursing. https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CD00FjAC&url=http%3A%2F%2Fprints.soton.ac.uk%2F346019%2F1%2FHigh-Quality-Care-Metrics-for-Nursing---Nov-2012.pdf&ei=fijrVLIQIMKAU7H2qdAP&usq=AFQjCNE7KYvboLT9qtnpOyl48NHkkC02_Q&sig2=wcwFqdVBt6Y6aGEGTZS7tQ. [13 de fevereiro de 2015]

Laus, Ana M; Anselmi, Maria L. (2004) "Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 12(4), 643-6499.

MCEESIP (2012) Parecer sobre dotação de pessoal de enfermagem no serviço de pediatria oncológica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

MCEESIP (2014) Previsão de enfermeiros para um sistema integrado de Cuidados Paliativos Pediátricos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ministério da Saúde (2006) "Circular normativa. Regime de horário acrescido-critérios", http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F45401E3-62A5-4E0B-998A-A6D02659EAD3/4091/CN_0601_01Hor%C3%A1rio20Acrescido_Anexo1.pdf [6 de Janeiro de 2015]

Morris, Roison; MacNeela, Pdraig; Scott, Anne; Treacy, Pearl; Hyde, Abbey (2007) "Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review". *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 463-71.

