



NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Aprovada, por maioria, com alterações, na Assembleia Geral Ordinária de 30 de maio de 2014,
após aprovação na reunião de Conselho Diretivo de 6 e 7 de maio de 2014

ÍNDICE

ÍNDICE	2
SIGLAS E ABREVIATURAS	4
1 – PREÂMBULO	5
2 – ENQUADRAMENTO	6
1. Contextualização	6
2. Percurso histórico	7
3. Fundamentação da apresentação da proposta.....	8
3 - NOTA TÉCNICA DO CONSELHO DE ENFERMAGEM	9
4 - NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	11
1. ÂMBITO DE APLICAÇÃO	11
2. FÓRMULAS DE CÁLCULO E VALORES DE REFERÊNCIA PARA DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS	12
A - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	14
A.1 - Unidade de Saúde Familiar.....	14
A.2 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	14
A.3 - Unidade de Cuidados na Comunidade	14
A.4- Unidade de Saúde Pública.....	16
A.5 –Comissão de Controlo de Infecção.....	16
A.6 –Segurança e Saúde do Trabalho/ Saúde Ocupacional	16
A.7-Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem	17
A.8 - Equipa Coordenadora Local.....	17
B - CUIDADOS HOSPITALARES	18
B.1 - Serviços de Internamento	18
B.2 - Consulta Externa	18
B.3 - Hospital de Dia.....	19
B.4 -Bloco Operatório	19
B.5 - Cirurgia de ambulatório.....	20
B.6- Serviços de Urgência.....	21
B.7 - Unidades de Cuidados Intensivos	21
B.8- Unidade de Cuidados Intermédios.....	22
B.9 –Unidades de Diálise	22
B.10 -Unidades de Exames Especiais.....	23

B.11 - Unidades de atendimento ao parto e nascimento	23
B.12 - Equipa de Gestão de Altas / Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos	23
B.13 - Comissão de Controlo de Infeção.....	24
B.14- Esterilização	24
B.15- Segurança e Saúde do Trabalho / Saúde Ocupacional	24
B.16 - Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem	25
B.16.1 - Formação	25
B.16.2 - Investigação	25
B.17 - Enfermeiros em assessoria	25
B.18 - Enfermeiros em funções de direção e chefia.....	25
C - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	26
C.1– Unidades de cuidados continuados	28
C.2 - Enfermeiros em funções de coordenação	28
C.3 - Unidades de Convalescença e de Média e Longa Duração e de Reabilitação.....	28
C.4 – Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).....	29
C.5 – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)	29
D – ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS	30
E – SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHO / SAÚDE OCUPACIONAL EM EMPRESAS	31
3. ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO	32
5 – DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA	33
6 – ANEXOS	35
Anexo I – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento por valência/serviço	35
Anexo II – Número de dias de ausências por Enfermeiro (2005-2008).....	37
Anexo III - Recomendação de requisitos mínimos para Unidades de Cuidados Intensivos	38

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AT – Atendimentos por ano
CCI – Comissão Controlo de Infeção
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DI – Dias de Internamento por ano
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CSP – Cuidados de Saúde Primários
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EN – Número de enfermeiros necessários
HCN – Horas de cuidados necessários
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 – International Council of Nurses
LP – Lotação Praticada
NDF/A – Número de dias de funcionamento por ano
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PT – Posto de Trabalho
RCTFP – Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SST/SO – Segurança e Saúde do Trabalho / Saúde Ocupacional
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
TO – Taxa de Ocupação
T – Período normal de trabalho por enfermeiro / ano

1 – PREÂMBULO

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

Considerando a importância desta matéria, foi divulgado em 2011 o documento “*Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência*”

Entende agora o Conselho Diretivo, ouvido o Conselho de Enfermagem, transformar o referido documento numa **Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem**, a submeter à apreciação da Assembleia Geral, ao abrigo das alíneas l) e m) do Artigo 12.º, da alínea b) do número 1 do Artigo 20.º e da alínea o) do Artigo 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

Nesta Norma opta-se pelo sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). Mais à frente no documento, apresentam-se também os pressupostos genéricos da Norma.

No que diz respeito à estrutura do documento, o mesmo tem início com o **Preâmbulo**, onde se apresenta de forma genérica o objetivo do mesmo.

Segue-se o **Enquadramento**, onde se apresenta a contextualização da matéria e se faz referência aos vários métodos que existem para cálculo das necessidades de pessoal de enfermagem. Ainda no Enquadramento, é apresentado o percurso histórico do trabalho desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) sobre dotações de enfermeiros até à presente data. Termina o Enquadramento com a fundamentação da apresentação da proposta de Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.

De seguida é apresentada a **Nota Técnica do Conselho de Enfermagem**.

O capítulo 4 consubstancia a Norma propriamente dita - **Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem**. É especificado o seu âmbito de aplicação, contem uma breve descrição de cada um dos contextos de prestação de cuidados e são apresentadas as fórmulas de cálculo e valores de referência para cada uma das áreas da prestação de cuidados. No final deste capítulo é apresentada a forma como se efetuará o acompanhamento da Norma e respetiva monitorização.

Por último, são identificados os **Documentos de Referência** no capítulo 5 e apresentados os **Anexos** no capítulo 6.

2 – ENQUADRAMENTO

1. Contextualização

No quadro da promoção do desenvolvimento sustentável do Sistema de Saúde Português, considerando as características demográficas da população, as tecnologias de saúde e diversidade de métodos/metodologias de gestão, torna-se premente refletir um modelo de organização de recursos humanos que garanta qualidade e segurança da prestação de cuidados, contribuindo para o reforço dos cuidados de enfermagem.

Concomitantemente, é imprescindível valorizar diversos estudos internacionais que constataam a relevância das intervenções dos enfermeiros para a obtenção de ganhos em saúde da população, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a afirmar a importância de uma gestão adequada deste grupo profissional.

A OMS tem ainda alertado para o problema mundial da escassez de enfermeiros e para a necessidade em apostar no crescimento e fortalecimento deste grupo profissional para não colocar em perigo a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde e a concretização dos objetivos de saúde nacionais e internacionais.

Assim, e porque a dotação de enfermeiros se encontra intimamente conexas com a qualidade dos cuidados prestados e com a segurança do cliente, há que identificar indicadores que facilitem o respetivo cálculo nas organizações.

A natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pela sua especificidade, conteúdo funcional e autonomia científica e técnica, impõe um melhor enquadramento e caracterização das intervenções decorrentes das necessidades dos clientes.

A experiência com o SCD/E visa, de forma objetiva e uniforme, identificar e caracterizar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, através da sua categorização por indicadores críticos e segundo um padrão de qualidade definido.

A utilização de um sistema de informação, tradutor do pensamento em Enfermagem (ex. o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE), com uma linguagem universal, permite, padronizar e documentar a caracterização de saúde da pessoa, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, bem como os resultados consequentes à otimização do processo de decisão clínica, relacionados com a prática profissional de enfermeiros e enfermeiros especialistas.

O cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros não pode, limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo 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.

Desde há muito tempo que, internacionalmente, tem havido a preocupação de encontrar modelos e fórmulas que, objetivamente, contribuam para o cálculo de pessoal de enfermagem.

A OMS reconhece que existem vários métodos para cálculo de necessidades mas que nenhum deles é especialmente indicado, uma vez que, a sua escolha está condicionada pelos dados disponíveis.

Destes métodos, o que se baseia no número de camas/capacidade instalada da instituição é

considerado inadequado, uma vez que não atende às características dos doentes e ao facto dos enfermeiros desempenharem a sua atividade em unidades sem internamento.

Outro dos métodos referidos é o cálculo de pessoal de enfermagem de acordo com o nível de dependência de cuidados de enfermagem, que permite estimar um número mínimo de pessoal capaz de assegurar um nível de cuidados de acordo com o padrão de qualidade definido.

Como já referido no preâmbulo, na presente Norma opta-se pelo sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao SCD/E. Mais à frente no documento, apresentam-se também os pressupostos genéricos da Norma.

2. Percurso histórico

Desde a constituição da OE que a dotação de enfermeiros constitui um dos seus principais focos de atenção. Uma das iniciativas tornada pública no âmbito de dotações de enfermeiros, data do ano de 2006, com a publicação da brochura do *International Council of Nurses* (ICN) no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro, a 12 de maio de 2006. A OE procedeu à tradução da referida brochura para português «Dotações seguras, salvam vidas» e fez a sua divulgação, apoiando assim a iniciativa do ICN.

Posteriormente, face a orientações existentes sobre critérios para cálculo de necessidades em enfermeiros e para reenquadrar uma abordagem facilitadora das dotações dos serviços em função das necessidades identificadas, o Conselho Diretivo da OE apresentou à Assembleia Geral Ordinária de 5 de março de 2011 um balanço do trabalho desenvolvido sobre a matéria.

A Assembleia Geral votou favoravelmente esse mesmo trabalho, nomeadamente a criação de um documento técnico de consenso com o Ministério da Saúde sobre o cálculo de enfermeiros para as diferentes unidades que compõem o Serviço Nacional de Saúde (SNS), assim como a continuidade desse trabalho na avaliação de experiências-piloto.

Foi assim consensualizado com o Ministério da Saúde, em 2011, o documento “*Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência*”.

Nesse documento foram elencadas as “*recomendações*”, no domínio da estrutura para a qualidade, que procuram harmonizar, de forma integrada, o tipo de informação e o processo de recolha necessários para o cálculo de dotações de enfermeiros, as quais se encontravam divididas pelas diferentes áreas de prestação de cuidados: Cuidados de Saúde Primários (CSP), cuidados hospitalares e Cuidados Continuados Integrados (CCI).

No que concerne aos CSP foi considerada, no documento, a correspondência de atividades que permitam assegurar a adequada e atempada resposta em cuidados de enfermagem das diversas unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) às necessidades dos cidadãos.

Para os cuidados hospitalares foi organizado no documento um quadro resumo que sintetizava a evolução das orientações já trabalhadas, desde a Circular Normativa nº 1/2006, de 12 de Janeiro, da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

No que se refere à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), trata-se de uma área que, pela sua especificidade, apresentava no documento um referencial que procurou ir ao encontro da natureza dos cuidados prestados neste nível. A proposta de cálculo da dotação de enfermeiros considerou as diversas tipologias e equipas das unidades de internamento e domiciliárias.

3. Fundamentação da apresentação da proposta

Tendo decorrido mais de três anos sobre a data de divulgação do “*Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência*”, e não tendo até ao momento sido dado seguimento à constituição das cinco experiências-piloto nas administrações regionais de saúde, no sentido de «avaliar o custo/benefício da aplicação» das recomendações vertidas no documento, conforme previsto no Despacho da ex-Ministra da Saúde, Dra. Ana Jorge, de 4 de março de 2011, considera o Conselho Diretivo que a sua transformação num instrumento de carácter normativo apetrechará a OE de uma base legal. Esta Norma permitirá uma intervenção mais efetiva e consequente na promoção e garantia das dotações seguras, essenciais para a qualidade dos cuidados de enfermagem proporcionados aos cidadãos nos diferentes contextos de prestação de cuidados.

No contexto político atual, esta é a forma que permite à OE fazer cumprir o seu desígnio fundamental de promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, previsto no número 1 do Artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, na medida em que, por esta via, se impõe o cumprimento de um quadro normativo.

Tal desiderato não poderá ser alcançado, mantendo o carácter de recomendação do documento, face à sua não aplicação ao longo dos últimos três anos.

3 - NOTA TÉCNICA DO CONSELHO DE ENFERMAGEM

A saúde, bem de mérito incontornável ao desenvolvimento e produtividade de uma comunidade, é uma prioridade da sociedade atual, sendo as questões da qualidade e sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde as que têm estado na linha da frente das discussões políticas.

Os sistemas de saúde a nível mundial deparam-se com a crescente necessidade de cuidados de saúde da população, fruto por exemplo do aumento da esperança média de vida e das crescentes expectativas dos cidadãos. Por outro lado, são confrontados com elevadas restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infraestruturas e força de trabalho do setor da saúde. Portugal não foge à regra e tem também trilhado este caminho. No entanto, a responsabilidade pela criação de condições que assegurem a saúde dos indivíduos e das comunidades não pode nunca ser menorizada, sendo condição obrigatória para a existência de práticas profissionais de excelência a construção de ambientes favoráveis ao exercício profissional, os quais se caracterizam, entre outros parâmetros, pela existência de recursos humanos adequados, em quantidade e qualidade, às necessidades dos utilizadores.

A combinação das diferentes tipologias de prestadores de cuidados de saúde e a determinação do número de profissionais necessários para os diferentes contextos constitui uma forte preocupação, quer ao nível da definição das políticas de saúde, quer do planeamento operacional.

O *Nursing Work Index* é uma ferramenta utilizada como indicador de qualidade pelo *National Quality Forum* que integra cinco domínios organizativos, dos quais salientamos para a temática em análise a idoneidade da dotação de pessoal e as iniciativas de garantia da qualidade dos cuidados diretos.

A dotação adequada de recursos de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes e reporta-se à correta adequação entre o número de enfermeiros em tempo integral e a complexidade de competências disponíveis. Diferentes investigadores concluíram que a problemática das dotações se situa para além da quantidade de pessoal e incluíram outras variáveis que afetam as dotações e a prestação de cuidados seguros, tais como: a carga laboral, o ambiente de trabalho, a complexidade dos doentes, o nível de qualificação dos enfermeiros, a combinação do pessoal de saúde, entre outros.

Já em 1995, a Federação Americana de Professores afirmava que *“dotações seguras significam que está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competências, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos clientes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos.”*

São vários os estudos que concluem a existência de relação direta entre a dotação de enfermeiros e o impacto nos resultados no estado de saúde do cliente, dos quais salientamos:

- Needleman et al (2002), num estudo transversal, incluindo cinco milhões de clientes de medicina e um milhão e cem mil doentes de cirurgia, verificaram que nos contextos de prática clínica onde eram disponibilizadas uma maior proporção de horas de cuidados de enfermagem e um mais elevado nível de diferenciação de competências por dia de internamento foi verificado a existência de internamentos mais curtos, taxas de infeção mais baixas (pneumonias, infeções urinárias, sépsis), menor taxa de paragens cardíacas e de insucesso na reanimação.
- Em 2005, o *Canadian Federation of Nurses Unions*, concluiu a existência de forte evidência entre dotações inadequadas de enfermeiros e a ocorrência de um espetro de resultados adversos dos doentes, tais como úlceras de pressão, infeções do trato urinário, pneumonias, infeções do local cirúrgico, erros de medicação, trombose, ineficaz gestão da dor, quedas, aumento de readmissões, insucesso na ressuscitação, insatisfação dos clientes.
- Kane et al (2007), concluíram a existência de uma forte relação entre o número de enfermeiros e os índices de mortalidade, complicações e eventos adversos e ainda que, a um maior número de enfermeiros mais qualificados estava associado um menor índice de mortalidade nos hospitais.
- Aiken et al (2012), num estudo que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América concluíram que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica estavam diretamente associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

- Mais recentemente o Karolinska Institut (2014), concluiu, de acordo com um estudo internacional que envolveu nove países europeus, meio milhão de doentes cirúrgicos e mais de 26 000 enfermeiros, que o aumento de um doente na carga de trabalho dos enfermeiros, para além do considerado adequado, aumentava em 7% a probabilidade de um doente hospitalizado morrer no prazo de 30 dias a contar da admissão. Esta pesquisa demonstrou a importância quer do número de enfermeiros, quer do seu nível de qualificação, em relação à mortalidade dos doentes.

Deste modo, considera o Conselho de Enfermagem, órgão estatutário responsável pelo exercício profissional, que o documento que aqui se apresenta e que resulta da revisão do “*Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência*”, produzido em 2011, deve constituir-se como normativo para a regulação da dotação de enfermeiros em todos os contextos de prática clínica das diferentes instituições de saúde existentes em Portugal.

Nesta revisão foram introduzidas as seguintes alterações, relativamente ao documento original:

- Atualização do número de enfermeiros necessários a partir dos valores médios do SCD/E de 2011 e 2012;
- Introdução do imperativo de existência de enfermeiros especialistas;
- Determinação da periodicidade de revisão dos valores de referência apresentados;
- Alteração significativa do capítulo Cuidados Continuados Integrados, tendo como fundamento o Referencial do Enfermeiro para a RNCCI, elaborado pelo Conselho de Enfermagem no mandato 2008-2012.

Falar de qualidade dos cuidados é falar de pessoas: das pessoas utilizadoras e prestadoras de cuidados. Cargas de trabalho elevadas conduzem a insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, bem como colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde. Deste modo, em defesa da segurança de todos os cidadãos portugueses que necessitam de cuidados de saúde, e do respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem pugnar pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário. O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido, como demonstrado pela evidência atrás referenciada.

4 - NORMA PARA O 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 e regiões autónomas, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no Sistema de Saúde Português, em instituições públicas, privadas, cooperativas e do setor social, nos termos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

2. FÓRMULAS DE CÁLCULO E VALORES DE REFERÊNCIA PARA DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS

Pressupostos genéricos da Norma

Tendo em conta que não existe um método único para cálculo de dotação de enfermeiros, a presente Norma considera para os serviços de internamento o SCD/E da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP, que permite determinar as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, o qual possui uma base de dados nacional com cerca de 32 milhões de registos, decorrentes da informação produzida durante os 26 anos de existência deste programa.

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

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

- a) Enfermeiro em regime de trabalho de 35 horas/semana – 1414 horas/ano – tendo por base as seguintes deduções: 26 dias (182 h) para férias¹ + 9 dias (63 h) para feriados² + 15 dias (105 h) para formação³ + 8 dias (56 h) para faltas⁴;
- b) Enfermeiro em regime de trabalho de 42 horas/semana (horário acrescido)⁵ – 1697,4 horas/ano – tendo por base as seguintes deduções: 26 dias (218 h) para férias + 9 dias (75,6 h) para feriados + 15 dias (126 h) para formação + 8 dias (67 h) para faltas;
- c) Enfermeiro em regime de trabalho de 40 horas/semana (Código do Trabalho)⁶ – 1733 horas/ano – tendo por base as seguintes deduções: 22 dias (176 h) para férias⁷ + 9 dias (72 h) para feriados⁸ + 4,375 dias (35 h) para formação⁹ + 8 dias (64 h) para faltas.

Esta diferença no número de horas de trabalho/ano resulta do facto de, a par dos trabalhadores com relação jurídica de emprego público integrados na carreira especial de enfermagem, existirem enfermeiros contratados ao abrigo do regime consagrado no Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro¹⁰.

¹ O valor apresentado foi obtido em função da idade dos enfermeiros constante no Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2008, elaborado em conformidade com o disposto no n.º 1 do artigo 173.º do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP).

² Cf. Artigo 234.º do Código do Trabalho .

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

⁴ O cálculo do número de dias de falta dos enfermeiros considera o Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2008 (Anexo II). Da apreciação do Balanço Social, constatou-se que o número de dias de falta por enfermeiro tem vindo a diminuir, sendo de 8 dias o último ano analisado.

⁵ Mantido em vigor até ao início da vigência de instrumento de regulamentação coletiva de trabalho – Cf. artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro.

⁶ Nos termos do n.º1 do artigo 203.º do Código de Trabalho, o período normal de trabalho não pode exceder oito horas por dia e quarenta horas por semana.

⁷ Cf. artigo 238.º do Código do Trabalho.

⁸ Cf. artigo 234.º do Código do Trabalho.

⁹ Cf. artigos 130.º e ss. do Código do Trabalho.

¹⁰ Com as alterações entretanto introduzidas pelos seguintes diplomas legais:

- Declaração de Retificação n.º 21/2009, de 18 de Março;
- Lei n.º 105/2009, de 14 de Setembro;
- Lei n.º 53/2011, de 14 de Outubro;

Na determinação da dotação adequada de enfermeiros, as instituições de saúde devem utilizar os seus indicadores institucionais para preencher as variáveis "*dias de férias*" e "*dias para faltas*"¹¹

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

Devem igualmente os enfermeiros mobilizados para funções de direção e chefia, ser substituídos para manter a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas.

De igual modo, as ausências prolongadas (maiores ou iguais a 30 dias) devem ser substituídas para garantir a manutenção da adequação das horas de cuidados às necessidades dos cidadãos.

Para as dotações que a seguir se apresentam em cada um dos contextos de prestação de cuidados foi tida em conta a legislação aplicável já existente.

-
- Lei n.º 23/2012, de 25 de Junho;
 - Declaração de Retificação nº 38/2012, de 23 de Julho;
 - Lei n.º 47/2012, de 29 de Agosto – com entrada em vigor a 3 de Setembro de 2012;
 - Lei n.º 11/2013, de 28 de Janeiro – com efeitos durante o ano de 2013;
 - Lei n.º 69/2013, de 30 de Agosto – com entrada em vigor a 1 de Outubro de 2013;
 - Lei n.º 27/2014, de 8 de Maio.

¹¹ Destaca-se que as ausências e/ou faltas superiores a 30 dias deverão ser consideradas para efeitos de substituição temporária.

A - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP são o núcleo do sistema de saúde e devem desenvolver-se no centro das comunidades.

A conceção da enfermagem comunitária centrada no trabalho com as famílias enquanto entidade responsável pela contínua prestação de cuidados, desde a conceção até à morte, envolve as intervenções no âmbito da promoção e da proteção da saúde, da prevenção da doença, da reabilitação e da prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida e, pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática e em complementaridade funcional com outros profissionais.

No que concerne aos CSP a enfermagem tem vindo a desenvolver e a afirmar a vertente familiar e comunitária, enquanto áreas prioritárias para o bem-estar e melhoria do estado de saúde das populações.

A.1 - Unidade de Saúde Familiar

Para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários (EN) em cada Unidade de Saúde Familiar (USF), aplica-se o seguinte rácio:

1 Enfermeiro/1.550 utentes

Ou

1 Enfermeiro/350 famílias

A.2 - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Na fixação da dotação de pessoal de enfermagem que integra cada Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), considera-se adequado observar o seguinte rácio:

1 Enfermeiro/1.550 utentes

Ou

1 Enfermeiro/350 famílias

A.3 - Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) assenta em equipas técnicas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala, nutricionistas, em permanência ou em colaboração parcial¹².

Neste contexto, e considerando a especificidade destas unidades e o quadro legal aplicável, a UCC é dotada dos necessários recursos humanos que respondam às necessidades de saúde e sociais identificadas no diagnóstico de saúde e permitem assegurar o conjunto de atividades essenciais da sua missão e atribuições, explicitando no seu Plano de Ação, o compromisso

¹² Aqueles profissionais desenvolvem a sua atividade em estreita articulação e complementaridade com os profissionais das outras unidades funcionais do ACES.

assistencial, os objetivos, os indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, do desempenho assistencial, da qualidade e da eficiência.

Em conformidade com a legislação aplicável, a dotação de enfermeiros da UCC é definida tendo como referência os seguintes parâmetros:

- A área geográfica dos Centros de Saúde que integram o ACES;
- A geodemografia da comunidade abrangida (dimensão, concentração e dispersão populacional);
- O diagnóstico de saúde da comunidade;
- As equipas domiciliárias da RNCCI que a integrarão [Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias Suporte Cuidados Paliativos (ECSCP)].

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

Enquanto não existir evidência para a identificação de uma dotação adequada para a prestação de cuidados seguros são considerados os tempos previstos no Quadro 1, quando aplicável, utilizando a seguinte fórmula:

Fórmula para cálculo
$\frac{AT \times HCN/AC}{T}$

Quadro 1 – Horas de cuidados de necessários em enfermagem por atividade

Tipo de atividades	HCN Tempo médio/minutos
Consulta de Enfermagem	30
Tratamento de feridas	30
Administração de terapêutica	15
Educação para a Saúde em grupo	60
Visitação domiciliária (incluindo deslocação)	60

Nota:

A dimensão da equipa multidisciplinar da UCC é avaliada anualmente, de forma a assegurar o ajustamento à evolução das necessidades em cuidados de saúde à comunidade, podendo também esta unidade *"propor ao Diretor Executivo do ACES o reforço de recursos humanos para respostas a necessidades devidamente identificadas e excecionais."*¹³

¹³ 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.

A.4- Unidade de Saúde Pública

As Unidades de Saúde Públicas (USP) assentam em equipas técnicas multidisciplinares, constituídas por médicos e saúde pública, por enfermeiros de saúde pública ou saúde comunitária e por técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração parcial, quando possível, outros profissionais considerados necessários para o cumprimento dos programas e atividades.

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

1 Enfermeiro/30.000 habitantes

A.5 – Comissão de Controlo de Infeção

A Comissão de Controlo de Infeção (CCI) é constituída por uma equipa multidisciplinar de profissionais das unidades de saúde, que tem por missão, planejar, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo da infeção, de acordo com as diretivas Ministeriais, nacionais e regionais e as características e especificidades das unidades de saúde.

Neste contexto, e de acordo com a legislação e normas aplicáveis, as CCI têm de dispor, **no mínimo, de 1 (um) enfermeiro**, o qual dever ser especialista com competência reconhecida na área do controlo de infeção.

A.6 – Segurança e Saúde do Trabalho / Saúde Ocupacional

A existência de riscos profissionais nos serviços de saúde e a dimensão tanto dos ACES como da sede das Administrações Regionais de Saúde, IP, justifica a existência/organização/funcionamento de serviços de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO).

O serviço de SST/SO 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 do ACES deve integrar, **pelo menos, 1 (um) enfermeiro**, preferencialmente, especialista e detentor de perfil de competências adequado ao exercício das funções e reconhecido na área da Saúde no Trabalho / Saúde Ocupacional.

A atividade dos enfermeiros deve ser desenvolvida num número de horas mensais superior ao valor mínimo, calculado segundo o critério de uma hora por cada 10 trabalhadores ou fração¹⁴.

¹⁴ Cf. Circular Informativa n° 05/DSPPS/DCVAE, da Direção-Geral da Saúde, de 3 de Março de 2010.

A.7-Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem

A dotação de enfermeiros para o Departamento/Comissão de Qualidade do ACES deve contribuir para a promoção e disseminação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade nas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Assim, deve o Departamento / Comissão de Qualidade do ACES integrar **1 (um) enfermeiro**, o qual deve ser especialista e detentor de perfil adequado ao exercício das funções e competência reconhecida na área da Qualidade.

Adicionalmente, deve este enfermeiro coordenar o desenvolvimento das atividades de planeamento e concretização de projetos de formação e de investigação.

A.8 - Equipa Coordenadora Local

As Equipas Coordenadoras Locais (ECL), no âmbito da RNCCI, articulam com a coordenação a nível regional, asseguram o acompanhamento e a avaliação da rede a nível local, bem como a coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência, de forma a proporcionar uma resposta integrada efetiva às reais necessidades da pessoa dependente/cuidador/família.

Para melhor funcionamento das ECL, considera-se que **o enfermeiro esteja em regime de trabalho a tempo completo** e seja detentor do título de Enfermeiro Especialista, preferencialmente em Enfermagem de Reabilitação ou Comunitária.

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 correspondem aos consolidados nos últimos dois anos (Taxa de Ocupação, Dias de Internamento, Atendimentos ou Sessões, etc.).

Nota:

Às HCN indicadas deve diminuir-se 13,5%, correspondente ao apoio prestado aos cuidados de enfermagem pelos assistentes operacionais, ou outras profissões equiparadas.

B.1 - Serviços de Internamento

São utilizados os valores das horas de cuidados necessários em enfermagem por dia de internamento (HCN/DI) do SCD/E, tendo como referência o valor médio dos anos de 2011 e 2012 (Anexo I), utilizando as seguintes fórmulas:

Fórmulas para cálculo	
$\frac{LP \times TO \times HCN \times NDF/A}{T}$	$\frac{DI \times HCN}{T}$

Os valores constantes no Anexo I devem ser revistos de 3 em 3 anos, a partir dos dados divulgados pela ACSS, relativos ao SCD/E.

B.2 - Consulta Externa

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.

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

Fórmulas para cálculo	
$\frac{AT \times HCN/AC}{T}$	$\frac{PT \times HF/D \times NDF/ano}{T}$

Quadro 2 – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por atividade / área de intervenção

Tipo de Atividades	HCN Tempo médio (minutos)
Consulta de Enfermagem	30
Tratamento de feridas	30
Administração de medicação	15
Educação para a Saúde em grupo	60
Visitação domiciliária (incluindo deslocação)	75

B.3 - Hospital de Dia

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.

Os valores a utilizar são os do Quadro 3 que caracteriza as HCN por sessão nos diferentes hospitais de dia, utilizando para o efeito as fórmulas seguintes:

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

Quadro 3 – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por sessão e por Hospital de Dia

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

Nota:

As HCN dos “*Outros Hospitais*” resultam da média das horas dos Hospitais de Dia contemplados.

B.4 - Bloco Operatório

No Bloco Operatório considera-se a existência dos seguintes funções/postos de trabalho: Enfermeira Circulante, Instrumentista e de Anestesia, em cada sala operatória.

No horário de funcionamento, considerar o tempo previsto para as atividades perioperatórias.

Nas Unidades de Recobro pós-anestésico, devem ser alocados no mínimo 2 (dois) enfermeiros, devendo o rácio, em função da intensidade dos cuidados necessários e das características específicas dos utentes, ser de 1 (um) enfermeiro por cada 3 a 6 utentes, aplicando-se a seguinte fórmula:

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

Nota:

- PT para Cirurgia Diferenciada = 3 enfermeiros por sala.
- PT para Cirurgia de Urgência = 3 enfermeiros por sala

B.5 - Cirurgia de ambulatório

Nos Blocos Operatórios de Cirurgia de Ambulatório considera-se a existência de Enfermeiro Circulante, Instrumentista e de Anestesia, em cada sala operatória, bem como a dotação de enfermeiros, conforme os rácios do quadro seguinte:

Quadro 4 – Número de enfermeiros necessários a contabilizar no bloco operatório de ambulatório

Número de enfermeiros	
Sala operatória	3 Enfermeiros por sala
Recobro imediato	1 Enfermeiro por 4 leitos
Recobro tardio	1 Enfermeiro por 6 leitos
Cirurgia minor / Pequena cirurgia	1 Enfermeiro por sala
Consulta/Tratamentos	1 Enfermeiro por sala

No horário previsto, considerar o tempo previsto para as atividades perioperatórias de acordo com a fórmula seguinte:

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

B.6- Serviços de Urgência

A fórmula a utilizar é por "Posto de Trabalho" adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência.

Deve promover-se a avaliação das HCN através de sistemas específicos de cálculo para consensualizar o correspondente valor de referência das HCN.

Nos SO/Urgência considera-se uma linha de orientação centrada na utilização das HCN, tendo o valor das Unidades de cuidados intermédios como referência mínima.

Serviço de Urgência:

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

SO/Urgência:

Fórmulas para cálculo	
$\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$	$\frac{DI \times HCN}{T}$

B.7 - Unidades de Cuidados Intensivos

Sempre que mais adequado, para a segurança dos cuidados, são utilizados sistemas específicos de cálculo, nomeadamente o apresentado no anexo III, para as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Em alternativa, utilizar o correspondente valor de referência das HCN expresso no Quadro 5.

Sempre que mais adequado, para a segurança dos cuidados, deve ser utilizado, em alternativa, o correspondente valor de referência das HCN expresso no Quadro 5.

Nas Unidades não contempladas no Quadro 5 deverá ser adotado o valor aproximado.

Fórmulas para cálculo	
$\frac{LP \times TO \times HCN \times NDF}{T}$	$\frac{DI \times HCN}{T}$

Quadro 5 – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento nas UCI

UCI	HCN Tempo médio/horas
Polivalente	16,94
Cardiologia	13,34
Cirurgia Cardiorácica	15,62
Cirurgia	11,23
Neurocirurgia	14,28
Queimados	15,56

Nota:

- Para as unidades de UCI pediátricos e neonatologia adequar o valor de referência das HCN considerando, pelo menos, o valor máximo da tabela, apropriado às características próprias de cada unidade (número de leitos efetivos de cuidados intensivos e de cuidados intermédios).
- As Unidades de Transplantação hepática e cardíaca devem utilizar as HCN de UCI Polivalente, as de transplantação renal, de medula e outras as HCN de UCI Cirurgia.

B.8- Unidade de Cuidados Intermédios

Face às diferentes tipologias existentes a nível nacional, define-se como **referência mínima 7 horas de cuidados necessários**.

B.9 – Unidades de Diálise

É utilizada a fórmula por "*Posto de Trabalho*".

O número de enfermeiros por Unidade de Diálise deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas.

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

Nota:

- Recomenda-se o mínimo de 1 enfermeiro por 4 camas/lugares = 1 PT
- Ponderar no cálculo o número de enfermeiros para tratamento de doentes com necessidades especiais, nomeadamente, portadores de Hepatite B e C e VIH na definição dos postos de trabalho de acordo com a legislação em vigor.
- Ponderar também a necessidade de colmatar respostas de diálise a unidades de cuidados intensivos que lhe são externas.

B.10 - Unidades de Exames Especiais

É utilizada a fórmula por "Posto de Trabalho".

O número de enfermeiros por Unidade de Exames Especiais deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas.

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

Nota:

- Posto de trabalho = 1 (um) enfermeiro por sala.
- Posto de trabalho em Unidade de Exame com Anestesia = 2 (dois) enfermeiros por sala.

B.11 - Unidades de atendimento ao parto e nascimento

As Unidades de atendimento ao parto e nascimento consideram o seguinte rácio de enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica/cliente¹⁵:

Intra-parto:

- 1º estágio de trabalho de parto: 1 / 2
- 2º estágio de trabalho de parto: 1 / 1

Antes e pós parto:

- Sem complicações: 1 / 6

De acordo com a legislação aplicável, o bloco de partos deverá dispor, em permanência, de **2 parteiras por cada 1000 partos/ano**, atualmente enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.

B.12 - Equipa de Gestão de Altas / Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

A Equipa de Gestão de Altas (EGA) integra, no mínimo, **1 (um) enfermeiro, a tempo completo, por equipa**.

A dimensão da organização pode justificar um número maior de enfermeiros por equipa.

Nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, importa dimensionar a adequação de enfermeiros às necessidades de acordo com as fórmulas seguintes:

Fórmulas para cálculo

¹⁵ Cf. Parecer da OE sobre condições para o funcionamento de maternidades, 11 de Julho de 2008

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

B.13 - Comissão de Controlo de Infeção

A afetação deste enfermeiro às Unidades de Internamento e Unidades de Ambulatório deve contemplar os recursos e especificidades de cada Unidade de Saúde.

O rácio a observar para afetação deste enfermeiro às Unidades de Internamento e Unidades de Ambulatório é o seguinte:

1 (um) enfermeiro especialista, com competências reconhecidas na área do controle de infeção, **para cada 110 a 140 camas**.

Acresce mais 1 (um) Enfermeiro CCI por cada 250 camas, além da dotação.

B.14- Esterilização

É utilizada a fórmula por "*Posto de Trabalho*" ou por atividades de enfermagem realizadas, desde que registadas e contabilizadas.

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

Nota:

Posto de trabalho = 1 enfermeiro por equipa.

B.15-Segurança e Saúde do Trabalho / Saúde Ocupacional

A equipa de Saúde Ocupacional integra, **pelo menos, 1 (um) enfermeiro**, preferencialmente, especialista e detentor de perfil de competências adequado ao exercício das funções e reconhecido na área da Saúde no Trabalho/Saúde Ocupacional, por equipa, com horário independente definido de acordo com as necessidades e expressamente contratualizado.

A atividade dos enfermeiros deve ser desenvolvida num número de horas mensais superior ao valor mínimo, calculado segundo o critério de uma hora por cada 10 trabalhadores ou fração¹⁶.

¹⁶ Cf. Circular Informativa n° 05/DSPPS/DCVAE, da Direção-Geral da Saúde, de 3 de Março de 2010.

B.16 - Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem

No sentido de contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da Qualidade, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, a Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem deve integrar **1 (um) enfermeiro especialista**, detentor de perfil adequado ao exercício das funções e competência reconhecida na área da Qualidade.

Este enfermeiro será apoiado por uma rede de enfermeiros nos serviços/unidades.

Esta Comissão da Qualidade e Inovação em Enfermagem tem como unidade central a Qualidade e articula-se com as atividades instrumentais da formação e investigação.

B.16.1 - Formação

Considerando a relevância da formação em serviço para cumprimento do direito e dever deontológico de atualização e aperfeiçoamento do desempenho individual, corrigindo inconformidades e suportando projetos de melhoria, assim como a dinâmica requerida neste domínio pelo maior grupo profissional da saúde, nos serviços de formação, a alocação mínima é de **1 (um) enfermeiro especialista, em regime de trabalho a tempo completo, acrescendo um por cada 500 profissionais de enfermagem.**

B.16.2 - Investigação

Considerando a necessidade de incrementar o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, nomeadamente em linhas de investigação aplicada centradas na melhoria da prática de cuidar dos enfermeiros, bem como a necessidade de incorporarem novos conhecimentos provenientes da investigação, é imprescindível que exista a possibilidade efetiva de investigar sobre a essência do cuidar para além dos contextos académicos, nos contextos da ação.

A materialização deste desiderato requer enfermeiros dedicados à produção de conhecimento específico, promovendo programas e projetos de investigação, orientando a investigação de outros e participando em equipas de pesquisa.

Assim, estabelece-se para a área de investigação, a alocação mínima de **1 (um) enfermeiro especialista, em regime de trabalho a tempo completo.**

B.17 - Enfermeiros em assessoria

Os enfermeiros em assessoria técnica ou de gestão são substituídos para manter a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas.

B.18 - Enfermeiros em funções de direção e chefia

Os enfermeiros nomeados para o exercício de funções de direção e chefia são substituídos para manter a adequação das horas de cuidados de enfermagem às necessidades identificadas, se anteriormente desempenhavam funções na área de prestação de cuidados.

C - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, criou a RNCCI.

Com a RNCCI foi criado um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social visando capacitar os seus clientes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e suportar os clientes. Tal desiderato implica o trabalho integrado e pró-ativo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos clientes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

A RNCCI promove a abertura organizacional para novos modelos de cuidados que incorporam novos paradigmas orientados para prestar cuidados numa ótica global e de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência e que exigem respostas de natureza intersectorial e multiprofissional.

Os CCI fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos clientes com o objetivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação.

Criou-se, assim, um conjunto de unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento e de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias –cf. n.º 1 do Artigo 12.º

Constituem unidades de internamento, as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos –cf. n.º 2 do citado Artigo 12.º.

A **unidade de convalescença** é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico, que tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

Esta UCCI destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão, assegurando a prestação de cuidados médicos, de enfermagem e de fisioterapia; a realização de exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, a prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação e convívio e lazer.

A **unidade de média duração e reabilitação** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, que tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.

O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão, assegurando cuidados médicos

diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

A **unidade de longa duração e manutenção** é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

Estas unidades têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente, atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das atividades da vida diária.

A **unidade de cuidados paliativos** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.

A unidade de cuidados paliativos assegura, designadamente, cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, atividades de manutenção, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

Deste modo, e considerando que:

- A filosofia subjacente à RNCCI é a de que o doente deve ser sempre o centro dos serviços prestados;
- Os cuidados continuados integrados visam *"...promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social"* em que os objetivos passam pelo *"apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação"* mediante a articulação e coordenação em rede;
- A nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social pretende atingir objetivos partilhados e constantes num Plano Individual de Intervenção;
- O doente, em particular com doença crónica, deve continuar a envolver-se em situações de vida no dia-a-dia e desempenhar as suas atividades, ainda que de uma forma adaptada;
- O primeiro passo é avaliar a dependência e as necessidades do cliente;
- Nas unidades atualmente existentes a avaliação de enfermagem é efetuada utilizando como orientação uma matriz de focos de atenção de enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE);

A análise para determinar as HCN para dotações de enfermeiros nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) decorre da adaptação dos focos de atenção às atividades descritas

no âmbito do SCD/E.

Contudo, a utilização do nível de dependência de cuidados com enfoque apenas na dependência física é redutora, uma vez que para os utilizadores da RNCCI são relevantes outras necessidades, as quais carecem de identificação/caracterização, as quais implicam outro tipo de respostas profissionais (ex: adaptação ao novo estado de saúde, adesão ao regime, capacitação da pessoa e do prestador de cuidados entre outros).

C.1– Unidades de cuidados continuados

Para efeitos de determinação das HCN das unidades de cuidados continuados, são utilizados os valores insertos no Quadro 6, aplicando as seguintes fórmulas de cálculo:

Fórmulas para cálculo	
$\frac{LP \times TO \times HCN \times NDF/A}{T}$	$\frac{DI \times HCN}{T}$

Quadro 6 – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por UCCI

Unidade de Cuidados Continuados Integrados	HCN/DI Tempo médio/horas
Convalescença	5,23
Média Duração e de Reabilitação	4
Longa Duração e de Manutenção	4
Paliativos	5,95

Nota:

- Os dados apresentados serão consolidados através de monitorização.
- Às HCN indicadas deve subtrair-se, pelo menos 13,5%, correspondente ao apoio prestado aos cuidados de enfermagem pelos assistentes operacionais, ou outras profissões equiparadas.

C.2 - Enfermeiros em funções de coordenação

As UCCI têm **1 (um) enfermeiro coordenador**, o qual deve ser detentor do título de Enfermeiro Especialista, com competência em gestão, que organiza e supervisiona as atividades e a qualidade dos cuidados de enfermagem, integrados na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociáveis do mesmo.

C.3 - Unidades de Convalescença e de Média e Longa Duração e de Reabilitação

As Unidades de Convalescença e Média e Longa Duração e de Reabilitação **integram enfermeiros especialistas** em Enfermagem de Reabilitação, praticando um horário que possibilite a prestação

de cuidados especializados diariamente.

C.4 – Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

As ECCI integram enfermeiros especialistas de Reabilitação, num rácio de **7 utentes/Enfermeiro**, atendendo a que devem ser tidas em conta as questões de acessibilidade de base geográficas e o nível de dependência.

O perfil de serviços a prestar por estas equipas integra:

- Cuidados de enfermagem domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde dos doentes, familiares e cuidadores;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

C.5 – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

As ECSCP integram, maioritariamente, enfermeiros especialistas a prestar o seguinte perfil de serviços:

- Avaliação integral do doente, tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- Assessoria aos familiares e ou cuidadores e assessoria e apoio às equipas de CCI;
- Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
- Formação em cuidados paliativos;
- Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os diferentes recursos sociais de saúde;
- Na falta de uma fórmula segura para calcular as dotações necessárias, recomenda-se que o cálculo seja feito numa base local, orientado e adequado às necessidades concretas das pessoas, bem como às características geográficas, tendo como alicerce grupos de atividades considerando os tempos de cada uma.

D – ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS

Em cada Estrutura Residencial para Idosos, terá de ser designado um enfermeiro coordenador, responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem, com o título profissional de enfermeiro especialista.

Este enfermeiro especialista será também responsável pela implementação da avaliação do nível de dependência dos residentes, preferencialmente através da *Escala Independência Funcional de Barthel Modificada* ou de outra que venha a ser considerada mais adequada.

As horas de cuidados de enfermagem necessárias, **nas 24 horas, são, no mínimo**, as seguintes:

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

E – SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHO / SAÚDE OCUPACIONAL EM EMPRESAS

Para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários em cada serviço de saúde ocupacional das empresas do nosso tecido empresarial, deve aplicar-se o seguinte rácio:

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

3. ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO

As fórmulas de cálculo e valores de referência para dotação de enfermeiros estabelecidas no presente documento serão utilizadas como referencial nas visitas de acompanhamento do exercício profissional, realizadas pelos Conselhos de Enfermagem Regionais, ao abrigo do previsto na alínea d) do número 3 do Artigo 37.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

5 – DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006) Dotações seguras, salvam vidas: instrumentos de informação e ação. ICN. Revisão Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, p 1 – 72.

PORTUGAL. Diário da República, Série I-A, n.º 257, Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I-A, n.º 300, Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I-A, n.º 241, Decreto-Lei n.º 411/99, de 15 de Outubro. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I-A, n.º 108, Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I, n.º 38, Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I, n.º 161, Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. Lisboa. Ministério da Saúde

PORTUGAL. Diário da República, Série II, n.º 203, Despacho n.º 24101/2007, de 22 de Outubro. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I, n.º 201, Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I, n.º 184, Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de Setembro. Lisboa. Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Diário da República, Série I, n.º 184, Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro. Lisboa. Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde n.º 17/DSQC/DSC, de 20/09/2007. DGS (2007).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde n.º 18/DSQC/DSC, de 15/10/2007. DGS (2007).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde n.º 20/DSQC/DSC, de 24/10/2007. DGS (2007).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Circular Normativa da Secretaria-Geral da Saúde n.º 1/2006, de 12 de Janeiro. SG (2006).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. UMCSP (Janeiro/2006).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. ACSS, IP. (2007).

6 – ANEXOS

Anexo I – Horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento por valência/serviço

Valência/Serviço	HCN/DI Tempo médio/horas		
	Proposta 2011	Circular Nº 1	Média 2011/2012
Cardiologia	4,97	4,20	4,39
Doença Cérebro Vascular	7,12	-----	6,86
Cirurgia	5,19	3,66	4,92
Cirurgia Cardiorácica/ Cirurgia -Torácica	4,82	4,33	4,48
Cirurgia Maxilo-Facial	4,57	-----	4,23
Cirurgia Vascular	4,36	3,89	4,69
Cirurgia Plástica	5,13	3,83	4,9
Dermatologia	3,92	2,71	4,45
Endocrinologia	4,12	3,23	3,92
Gastrenterologia	4,49	3,61	4,86
Ginecologia	4,26	3,66	4,11
Hematologia	5,45	2,88	5,45
Infeciologia	4,78	3,63	4,78
Lesões Vertebro Medulares	6,00	-----	5,46
Medicina	6,33	3,78	6,22
Medicina Física e de Reabilitação	5,18	3,14	5,37
Nefrologia	4,94	4,84	4,68
Neurocirurgia	6,33	4,93	5,83
Neurologia	6,36	3,34	5,73
Neurotraumatologia	6,80	-----	5,84
Obstetrícia	3,61	3,86	3,58
Oftalmologia	4,14	3,32	4,02
Oncologia	6,01	5,43	4,97
Ortopedia	5,46	3,93	5,23
Otorrinolaringologia	4,10	3,58	4,19
Pediatria	5,01	4,78	4,10
Pneumologia	5,14	3,48	5,2
Urologia	4,82	3,45	4,43
Cuidados Paliativos	-----	-----	5,93
Convalescença	-----	-----	5,1

Fonte:

Dados divulgados pela ACSS, relativos ao SCD/E

Nota:

- Por não existirem quadros de classificação para Neonatologia e Psiquiatria, e não dispormos de valores do SCD/E, são utilizadas as horas apontadas pela Circular Normativa N° 1 da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, de 12 de Janeiro de 2006: Neonatologia 9,87h.
- Relativamente aos serviços de Psiquiatria, urge definir instrumentos de avaliação fíavel das necessidades em cuidados de enfermagem, alinhada com o novo plano nacional de saúde mental.

Anexo II – Número de dias de ausências por Enfermeiro (2005-2008)

	BS 2005	BS 2006	BS 2007	BS 2008
N.º de dias de ausências/Enfermeiro	12,9	9,1	8,0	8,0

Fonte:

ACSS - Dados dos Balanços Sociais reportados aos anos 2005, 2006, 2007 e 2008

Nota:

As faltas por licença de maternidade/paternidade e doença de longa duração não foram consideradas.

Anexo III - Recomendação de requisitos mínimos para Unidades de Cuidados Intensivos

A Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos classifica as UCI em três níveis de cuidados. Esta classificação é ainda hoje adotada pela Direção Geral de Saúde em Portugal. Para cálculo da dotação de enfermeiros deve atender-se aos rácios expressos no quadro que se segue.

Descrição das UCI e dos rácios enfermeiro/utente.

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
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.	1/1.6
III	Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista por 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica 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 doentes porque se é responsável.	1/1