Ordem dos Enfermeiros
GABINETE DO BASTONÁRIO

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

E-mail: diretor.executivo@sns.min-saude.pt

N. Ref	V. Ref	Data
SAI-OE/2026/5505		12-05-2026

Assunto: Proposta de Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Intensiva| Ordem dos Enfermeiros

Exmo. Senhor Diretor,

Na sequência de solicitação recebida nos serviços da Ordem dos Enfermeiros relativa a procedimento de discussão pública incidente sobre a nova proposta de "REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA INTENSIVA", sintetizam-se neste documento os contributos e comentários considerados centrais na prossecução da defesa da segurança e qualidade assistencial e do regular funcionamento dos serviços de saúde em causa.

Numa primeira abordagem, não podemos deixar de evidenciar que o documento proposto, ainda que baseado numa análise do estado atual dos serviços de medicina intensiva (SMI), não contemplou, nas diferentes fases da metodologia adotada, nem quanto ao grupo de trabalho, a participação ou a integração de Enfermeiros, incluindo gestores dos serviços da presente Rede, elementos centrais na resposta em medicina intensiva. Ausência esta que se reflete em diversas dimensões da presente proposta e na imprecisão da terminologia adotada face à regulamentação profissional da Enfermagem em vigor, bem como na qualificação exigida no contexto da dotação segura para os cuidados de Enfermagem, conforme anexo I.

Assim, o processo de apreciação do documento relativo à Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Intensiva 2026, que aqui se reflete, tem por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, os Regulamentos das Especialidades e Competências Acrescidas em Enfermagem e a evidência científica mais recente.

O documento em análise evidencia um esforço estruturado de reorganização da resposta ao doente crítico em Portugal, reconhecendo a necessidade de reforço da capacidade instalada, melhoria dos circuitos de referenciação, desenvolvimento de sistemas de transporte secundário e implementação de mecanismos de monitorização e qualidade. Esta orientação estratégica encontra-se alinhada com as recomendações internacionais e com a necessidade de robustecer a resposta do sistema de saúde a situações de elevada complexidade clínica.

Releva-se, antes de mais, que a designação "Medicina Intensiva", tal como utilizada no documento, merece uma crítica firme e inequívoca por traduzir uma visão redutora, desatualizada e desalinhada com a realidade contemporânea da prestação de cuidados a doentes críticos.

Desde logo, a própria evolução da evidência científica e das boas práticas internacionais tem vindo a afirmar, de forma consistente, que os cuidados intensivos não constituem um domínio exclusivo de uma especialidade médica, mas sim um campo assistencial intrinsecamente multiprofissional, onde a qualidade e os resultados em saúde dependem da articulação efetiva de diferentes áreas do saber, com destaque particular para a Enfermagem. A manutenção da designação "Medicina Intensiva" perpetua, assim, uma lógica médico-centrada que não reflete a complexidade real dos cuidados prestados nem a natureza colaborativa e interdependente das equipas.

Importa igualmente referir que, em múltiplos contextos internacionais, se adotou a terminologia mais abrangente, como "Cuidados Intensivos" ou "*Critical Care*", precisamente para refletir a natureza multidisciplinar e integrada destes cuidados. A persistência da designação "Medicina Intensiva" no documento em análise não é, por isso, neutra, já que traduz uma opção conceptual que condiciona a forma como se estruturam funções, responsabilidades e processos de decisão, podendo contribuir para a sub-representação de outras profissões de saúde na governação clínica.

Neste sentido, considera-se que a manutenção desta denominação compromete a coerência do documento com os princípios de governação clínica moderna, com o enquadramento profissional da Enfermagem e com a evidência científica disponível. Mais do que uma questão semântica, trata-se de uma questão estrutural, com impacto direto na valorização das equipas, na distribuição de responsabilidades e, em última análise, na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Em coerência com o afirmado, a Ordem dos Enfermeiros recomenda que seja adotada a designação internacional, adotando-se a utilização de terminologia mais inclusiva e representativa, como "Cuidados Intensivos", que traduz de forma mais fiel a natureza multiprofissional, integrada e centrada na pessoa destes cuidados.

No que respeita à metodologia subjacente à elaboração do documento, verifica-se uma insuficiente – se não mesmo inexistente - integração de contributos multiprofissionais, nomeadamente da Enfermagem, o que condiciona a abrangência da análise e a robustez das soluções propostas.

A ausência de uma avaliação sistematizada da carga de trabalho de Enfermagem, dos indicadores sensíveis aos cuidados e da capacidade instalada em termos de recursos humanos constitui uma limitação significativa face às boas práticas internacionais de planeamento em saúde.

Relativamente à estrutura dos Serviços de Medicina Intensiva, embora o documento reconheça o défice de camas e proponha metas alinhadas com referências internacionais, identifica-se uma situação crítica ao

não condicionar de forma inequívoca a ativação de camas ao cumprimento integral das dotações seguras de Enfermagem. Tal constitui um desvio grave face ao enquadramento normativo vigente e à evidência científica disponível. A abertura ou manutenção de camas sem dotação adequada de Enfermeiros não representa um aumento efetivo de capacidade assistencial, configurando antes um risco acrescido para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados, como é por todos amplamente conhecido.

Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros considera como condição *sine qua non* que qualquer expansão da capacidade instalada, designadamente a ativação de camas de cuidados intensivos, esteja obrigatoriamente dependente da existência de dotações seguras de Enfermagem, devidamente calculadas e validadas nos termos dos regulamentos em vigor e do Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, e ajustadas à complexidade e ao nível de cuidados prestados.

Acresce que, apesar de o documento reconhecer a relevância das dotações de Enfermagem e da diferenciação profissional, a abordagem mantém-se insuficiente, tratando a escassez de Enfermeiros como uma limitação operacional, quando deveria ser assumida como um fator crítico de risco clínico, refletindo de forma adequada a responsabilidade, qualificações e a autonomia profissional dos Enfermeiros, em particular dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A evidência internacional demonstra de forma consistente a associação entre dotações de Enfermagem, mortalidade, ampliação do tempo de internamento, eventos adversos e resultados em saúde, pelo que esta dimensão deveria assumir centralidade na definição do modelo organizativo.

No domínio da missão dos serviços, identificam-se desvios relevantes, nomeadamente na limitada intervenção dos SMI na gestão da Sala de Emergência, na identificação precoce da deterioração clínica e na continuidade de cuidados após a alta. Estas lacunas comprometem a eficácia de uma rede de cuidados críticos integrada e não se encontram alinhadas com as recomendações internacionais de segurança do doente e de resposta precoce a situações críticas.

No que concerne à rede de referenciação, embora a proposta de organização regionalizada e diferenciada seja adequada, persistem fragilidades na sua operacionalização, nomeadamente a existência de referenciações não cumpridas, decisões baseadas em critérios não clínicos e ausência de sistemas robustos e em tempo real para gestão da capacidade instalada. Estas situações configuram desvios face às boas práticas, podendo comprometer a equidade no acesso e a qualidade dos cuidados prestados.

No que ao transporte secundário do doente crítico diz respeito, a Ordem dos Enfermeiros reconhece a pertinência da criação de um sistema estruturado e dedicado. Contudo, considera inadequada a caracterização do transporte como ato exclusivamente médico, uma vez que se trata de um processo clínico complexo, de natureza interprofissional, em que a Enfermagem assume um papel determinante na monitorização contínua, gestão terapêutica, antecipação de complicações e garantia da segurança do doente. Acresce que a definição das funções do Enfermeiro Coordenador Regional se apresenta

excessivamente centrada em dimensões logísticas, não refletindo as competências de governação clínica, gestão do risco, qualidade e formação que lhe são inerentes.

Acresce aqui referir que, à luz do enquadramento normativo vigente, o exercício da Enfermagem se rege por princípios de autonomia técnica e científica, responsabilidade profissional e complementaridade funcional no seio da equipa de saúde, não se configurando uma relação de dependência hierárquica ou funcional do Enfermeiro face ao médico no âmbito da sua esfera própria de competências.

Com efeito, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros consagra que os Enfermeiros são responsáveis pelos atos que praticam e pelas decisões que tomam no domínio dos cuidados de Enfermagem, exercendo a sua atividade com independência técnica, ainda que em articulação e interdependência com outros profissionais de saúde, sempre que a complexidade da situação clínica o exija. Neste sentido, qualquer formulação organizativa ou operacional que sugira, explícita ou implicitamente, uma subordinação funcional do Enfermeiro ao médico revela-se desconforme com o quadro legal em vigor e com os princípios da governação clínica moderna, devendo ser revista de modo a assegurar o reconhecimento da autonomia profissional da Enfermagem, sem prejuízo da necessária coordenação e colaboração interprofissional orientada para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No que respeita ao modelo de qualidade e indicadores, o documento revela-se insuficiente ao privilegiar indicadores estruturais e de eficiência, em detrimento de indicadores de resultado e de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Tal constitui uma limitação relevante, uma vez que a avaliação da qualidade em cuidados intensivos deve integrar, de forma sistemática, indicadores clínicos, funcionais e de segurança, incluindo eventos adversos, infeções associadas aos cuidados, mobilização precoce, *delirium*, continuidade de cuidados e resultados pós-alta.

Por último, quanto à capacitação e contratação de Enfermeiros no contexto dos SMI, ao longo do documento é reiterada a necessidade de maior contratação de Enfermeiros para os SMI, nomeadamente para ativação de camas instaladas e inativas, sem que em momento algum sejam especificadas as habilitações e competências que esses profissionais devem deter.

Contudo, sendo as habilitações e competências uma dimensão essencial nos processos de recrutamento e afetação de recursos humanos, considera-se que qualquer processo de reforço de recursos humanos de Enfermagem nos SMI deve explicitar que os Enfermeiros a contratar sejam Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em conformidade com os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, de forma a garantir que estes Enfermeiros especialistas sejam 50% da equipa de Enfermagem da unidade. Esta especificação é indispensável para garantir a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico, pelo que não deve ser omitida em recomendações no âmbito das políticas de saúde ou em documentos de natureza técnica.

Face ao exposto, a Ordem dos Enfermeiros considera que o documento apresenta uma base estratégica pertinente, mas carece de revisão substancial para assegurar a sua conformidade com o enquadramento jurídico-profissional da Enfermagem, com a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem e com a evidência científica mais recente.

Nestes termos, a Ordem dos Enfermeiros considera imprescindível que:

- A capacidade instalada em cuidados intensivos seja obrigatoriamente suportada por dotações seguras de Enfermagem, constituindo esta condição um requisito *sine qua non* para a abertura, manutenção ou expansão de camas;
- Seja adotada uma abordagem conceptual e organizativa alinhada com o modelo de cuidados críticos multiprofissionais;
- Seja reforçada a integração da Enfermagem na governação clínica, na definição de processos e na avaliação da qualidade;
- Sejam incorporados indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem;
- Sejam clarificados os requisitos de diferenciação e competências dos profissionais envolvidos, com valorização dos Enfermeiros especialistas.

Para além do mencionado, deve proceder-se à revisão do documento, harmonizando o uso de siglas e acrónimos.

Certos de que os presentes contributos serão devidamente considerados, conformando a redação proposta ao quadro normativo em vigor e às necessidades estruturais dos serviços integrados na presente Rede de Referenciação Hospitalar, a Ordem dos Enfermeiros manifesta a sua disponibilidade, como sempre ate ao momento presente, para colaborar na identificação e implementação de respostas às necessidades de cuidados e dos serviços de saúde.

Com os melhores cumprimentos,

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Ordem dos Enfermeiros
GABINETE DO BASTONÁRIO

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA INTENSIVA

Pág. 12
Onde se lê, "(....) No Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República de 25 de setembro de 2019..."

Deverá ler-se,
"*No Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em vigor*", considerando o processo de revisão regulamentar em curso decorrente da alteração estatutária.

Pág. 12
Onde se lê, "... 15 deles a não ativação foi atribuída à inexistência de enfermeiros em número suficiente".

Deve ainda acrescer a menção
"*Na constituição das equipas das UCI, recomenda-se que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno*", conforme consta do Regulamento n.º 743/2019, apenas parcialmente citado na proposta apreciada.

Pág. 19-20
Quanto à consulta de follow-up após internamento, a Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Intensiva reconhece a importância da inclusão do Enfermeiro na realização de Consulta de Follow-Up intra-hospitalar, entendimento que se acolhe positivamente. Todavia, a referência genérica a "enfermeiro" não é suficiente para garantir a qualidade e especificidade exigidas neste contexto, nem observa as normas profissionais em vigor, em particular no que concerne à individualização de áreas de intervenção e de especialidade em Enfermagem que não podem ser afastadas.

Deve ler-se,
"*enfermeiro especialista, preferencialmente em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*", por ser este o profissional mais habilitado para a realização desta consulta, dada a sua formação específica na identificação e gestão das respostas humanas associadas ao Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI).

Pág. 28
Onde se lê, "*Embora todos os SMI possuam enfermeiros em função de enfermagem de reabilitação, apenas em 3 SMI essa disponibilidade é diária durante 12 horas. Nos restantes, tal só ocorre de segunda a sexta-feira, sendo que no caso do SMI de ULSAM e de ULSEDV, só há recursos disponíveis para assegurar cuidados de reabilitação durante o período da manhã dos dias úteis.*"

Deverá ler-se,
"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 utentes, 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 utentes, em todos os dias da semana. Considerando a classificação das unidades deve ser utilizada a fórmula para efeitos de cálculo da dotação consoante o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em vigor".

Pág. 48
Onde se lê, na alínea b) ..."*Particular enfoque deve ser dado ao incentivo para contratação de enfermeiros. Estima-se que a quase totalidade das 53 camas instaladas e não ativas esteja encerrada por falta de enfermeiros, sendo assim necessário proceder à contratação de cerca de 100 enfermeiros para a reabertura destas camas.*"

Deve ler-se,
"Particular enfoque deve ser dado ao incentivo para contratação de enfermeiros. Estima-se que a quase totalidade das 53 camas instaladas e não ativas esteja encerrada por falta de enfermeiros, sendo assim necessário proceder à contratação de enfermeiros conforme o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em vigor".

Pág. 56
Onde se lê, na alínea *"c) Dotação destes três SMI dos recursos humanos de profissionais de saúde necessários à ativação das camas instaladas e atualmente inativas. Nos SMI de Faro e Alentejo Central calcula-se que seriam necessários cerca de 15 enfermeiros para a ativação de 7 e 6 camas, respetivamente".*

Deve ler-se,
"c) *Dotação destes três SMI dos recursos humanos de profissionais de saúde necessários à ativação das camas instaladas e atualmente inativas. Nos SMI de Faro e Alentejo Central deve ser calculada o número de enfermeiros conforme o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em vigor para a ativação de 7 e 6 camas, respetivamente".*

Pág.65
Onde se lê, *"O Enfermeiro deve ter experiência documentada em Cuidados Intensivos, validada curricularmente pelo Coordenador Regional e aprovada pelo Coordenador Nacional"*

Deve ler-se,
"O Enfermeiro deve ser especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e cumulativamente ter experiência documentada em Cuidados Intensivos, validada curricularmente pelo Coordenador Regional e aprovada pelo Coordenador Nacional de Enfermagem.

Os enfermeiros especialistas e, na sua ausência, os enfermeiros afetos ao transporte inter-hospitalar do doente crítico devem possuir competência acrescida diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar atribuída pela Ordem."

Ainda nesta página **pág. 65**

- **Quanto à dependência hierárquica e funcional do Enfermeiro Coordenador Regional**

A proposta estabelece que o Enfermeiro Coordenador Regional atua *"em estreita colaboração com o Coordenador Regional e na dependência deste"* (médico) **(sublinhado nosso)**.

Esta formulação é incompatível com a Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro, e com o quadro normativo próprio da profissão, o qual consagra o princípio de autonomia profissional dos Enfermeiros e estabelecem que a subordinação hierárquica e dependência funcional apenas existe entre Enfermeiros.

A formulação adotada deve ser revista considerando que os enfermeiros, integrados em equipas multidisciplinares, como se verifica, atuam em cooperação, articulação, complementaridade e, ou, coordenação, mas nunca na dependência funcional de outros profissionais que não enfermeiros.

- **Quanto à validação curricular e supervisão dos Enfermeiros das equipas do STSDC**

A proposta atribui ao Médico Coordenador Regional a escolha, supervisão e validação curricular dos Enfermeiros a integrar as equipas do STSDC.

Ora, atento o mencionado no parágrafo que antecede, a Ordem dos Enfermeiros clarifica que a escolha, supervisão e validação curricular dos Enfermeiros deve ser realizada exclusivamente por Enfermeiros, termos em que se deve proceder a conformação da proposta apresentada à normas em vigor.

- **Quanto à criação da figura de Enfermeiro Coordenador Nacional**

Em observância do verificado no contexto do SNS, é necessário que seja criada uma estrutura de enfermagem que preveja um coordenador nacional de enfermagem a quem compete **"a coordenação da atividade de enfermagem do STSDC"**, atentas as limitações e impedimentos do coordenador nacional médico nesta área, a ser nomeado, de entre enfermeiros gestores, pelo membro do Governo responsável pela área da saúde e na dependência deste a quem compete a responsabilidade pelo planeamento, integração, gestão e programa formativo da enfermagem no âmbito do Sistema de Transporte Secundário de Doentes Críticos, e pela interligação com o INEM e as estruturas regionais, na área da enfermagem. Este elemento deverá igualmente indicar os Enfermeiros Coordenadores Regionais.

De acordo com o quadro normativo da profissão, estes profissionais – Enfermeiro Coordenador Nacional, Coordenadores Regionais Enfermeiros e elementos integrantes das equipas do STSDC – devem ser Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Pág. 72

O documento apresentado propõe um sistema colaborativo de melhoria de qualidade e define um conjunto de indicadores de funcionamento da Rede. A Ordem dos Enfermeiros saúda esta iniciativa, mas constata que nenhum dos indicadores propostos incorpora dimensões específicas de enfermagem, nomeadamente:

- Dotações de enfermeiros;
- Percentagem de Enfermeiros Especialistas, preferencialmente em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, no total de enfermeiros de cada SMI;
- *Scores* de carga de trabalho de enfermagem (NAS, ou NEMS), referidos no próprio documento como instrumentos de dotação.

A Ordem dos Enfermeiros não pode deixar de considerar que o grupo de indicadores a consensualizar pelo Grupo de Trabalho de Gestão e Liderança da SPCI deve incluir métricas específicas de qualidade e segurança em enfermagem, sem as quais a avaliação da qualidade assistencial dos SMI ficará incompleta.

Pág. 77

Onde se lê, "*Recomendação 8: Sendo os SMI responsáveis pela gestão de doentes de nível 2 e 3, devem os recursos em enfermeiros de cabeceira em cada turno ser planeados e geridos de forma a refletir o racional de um rácio médio de 1 enfermeiro para 1,5 doentes*".

Deve ler-se,

"*Recomendação 8: Sendo os SMI responsáveis pela gestão de doentes de nível 2 e 3, devem dispor, em permanência nas 24 horas, enfermeiros especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sendo os cuidados planeados e geridos de forma a refletir o racional de um rácio médio de 1 enfermeiro para 1,5 doentes*".

Quanto às recomendações 11 e 13, "Sistemas de Alerta Precoce e Equipa de Emergência Interna", a Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Intensiva recomenda a implementação de sistemas de alerta precoce de deterioração fisiológica e a gestão da Equipa de Emergência Interna e da Sala de Emergência pelos SMI. Contudo, não menciona a responsabilidade central que os Enfermeiros assumem na deteção precoce da deterioração clínica, sendo estes, frequentemente, os primeiros a identificar sinais de alarme e a acionar os sistemas de resposta.

Considera a Ordem dos Enfermeiros que as equipas que integram a Equipa de Emergência Interna e a Sala de Emergência incluam Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e que a sua responsabilidade e indubitável relevância, estejam explicitamente reconhecidas nas recomendações do documento.