Ordem dos Enfermeiros
Conselho de Enfermagem
2024-2027

PRONÚNCIA DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 34/2025

Assunto: Redução da dotação de enfermeiros por sala operatória, em contexto da necessidade de abertura de uma ou mais salas operatórias para prestação inadiável de cuidados a pessoa em situação cirúrgica emergente, num serviço de bloco operatório de urgência

Questão colocada

"A situação em apreciação reporta-se a um hospital universitário e central que presta assistência em todas as especialidades médicas e cirúrgicas. Tem uma área geográfica abrangente e extensa sendo frequente também a prestação de cuidados a muitos doentes fora de área, refletindo o volume de doentes cirúrgicos que o hospital recebe diariamente. O Bloco Operatório de Urgência é um serviço clínico que faz parte da prestação de cuidados ao doente cirúrgico urgente e emergente. Trabalha 24 horas por dia e 365 dias por ano. Tem 2 salas operatórias abertas em permanência dotados com 3 Enfermeiros em cada uma delas (total de 6 Enfermeiros) de acordo com a "Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem" emanadas pela Ordem dos Enfermeiros. A Enfermeira Gestora do Bloco Operatório opta por dotar a equipa, em todos os turnos, com 7 elementos sendo este o Chefe de Equipa, substituindo a chefia na sua ausência. Não raras vezes, pelas características já descritas do hospital, acontece que há necessidade de abrir uma 3? sala para dar resposta à entrada de doentes cirúrgicos emergentes. E esta situação, pela sua frequência, levou à elaboração de um Plano de Contingência, como linha orientadora das equipas de enfermagem.
Tratando-se de situações emergentes com uma preparação imediata da sala, otimização das equipas, materiais e equipamentos, em que a prestação de cuidados avançados ao doente crítico é uma realidade, a exposição ao risco das equipas é elevada. Por esta razão, e na tentativa de encontrar soluções no serviço e na instituição solicito a apreciação do órgão máximo que regula a profissão de Enfermagem —a Ordem do Enfermeiros.".

DAS ATRIBUIÇÕES DA ORDEM DOS ENFERMEIROS E DO SEU CONSELHO DE ENFERMAGEM

A Ordem dos Enfermeiros actua simultaneamente na defesa dos interesses gerais das pessoas, grupos e comunidades que se confiam aos serviços de enfermagem e na defesa dos interesses da profissão[1], exercendo para o efeito as atribuições conferidas no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, designadamente para o que aqui interessa, regular e fiscalizar o exercício profissional da Enfermagem[2] e representar os Enfermeiros junto do Estado e demais entidades públicas sempre que estejam em causa matérias relacionadas ou ações tendentes ao acesso das pessoas, famílias e demais grupos populacionais aos cuidados de saúde em particular aos cuidados de enfermagem[3].

Enquanto órgão nacional da Ordem dos Enfermeiros, ao Conselho de Enfermagem compete a emissão de pareceres sobre matérias específicas de Enfermagem[4].

Após a análise do pedido submetido à consulta pelo membro da Ordem dos Enfermeiros, verifica-se, de forma preliminar, que se solicita a apreciação de uma questão específica da Enfermagem, nomeadamente, a dotação de Enfermeiros da equipa do bloco operatório do serviço de urgência de um hospital do Serviço Nacional de Saúde.

Desta forma, é evidente que o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros possui competência legítima para avaliar o referido pedido, sendo este admitido para resposta na forma de parecer, conforme se segue.

---

[1] Fins e atribuições - Artigo 3.º, número 1, em conjunto com o número 3, alíneas a) e b), todos do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova em anexo o respectivo estatuto, na redacção dada pelas alterações introduzidas pela Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro, que procede à terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e a república em anexo (in Diário da República n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19).
[2] *idem*, artigo 3.º, número 3, alíneas f), g) e n).
[3] *idem*, artigo 3.º, número 4.
[4] *idem*, artigo 37.º, alínea m).

DOS DIREITOS DA PESSOA HUMANA E DA SUA REALIZAÇÃO ATRAVÉS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A Constituição da República Portuguesa consagra no seu artigo 64.º que *"todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover"*[5], assumindo-se como um dos pressupostos fundamentais do princípio da dignidade da pessoa humana. Conforme resulta da densificação do número 3 deste preceito constitucional, verifica-se que o *"direito à proteção da saúde"* é uma obrigação prioritária do Estado, enquanto garante do *"acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação"*[6], assegurando *"nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade"*[7].

Em sequência, é na Lei de Bases da Saúde que se concretiza a densificação que esta obrigação fundamental do Estado, pela realização do direito à protecção da saúde dos cidadãos, se efective através do Serviço Nacional de Saúde, enquanto *"conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde (...)"*[8].

É, portanto, no âmago do Serviço Nacional de Saúde que se concretiza o direito fundamental de protecção da saúde das pessoas, famílias e comunidades, através do acesso *"aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde"*[9], tendo em vista a equidade, qualidade e o *"respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade"*[10].

No mesmo sentido, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, prescreve que o utente, através dos estabelecimentos, serviços e profissionais de saúde, tem direito a *"receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita"*[11], bem como *"à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos"*[12].

Ora, a organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, e seus profissionais, visam a qualidade, segurança, efectividade e eficiência na prestação de cuidados de saúde, a planear e concretizar *"de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa"*[13], dando *"particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis"*[14].

---

[5] Portugal. (2005). Constituição da República Portuguesa (7ª revisão). Saúde: artigo 64.º, número 1. Diário da República.
Este princípio constitucional estabelece a base para a organização do Sistema Nacional de Saúde, garantindo o acesso universal e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde. Assim, qualquer interpretação jurídica ou técnica deste artigo deve considerar a sua função na concretização do direito fundamental à saúde e na implementação de políticas públicas que assegurem a equidade no acesso aos serviços de saúde.

[6] Portugal. (2005). Constituição da República Portuguesa (7ª revisão). Saúde: artigo 64.º, número 3, alínea a). Diário da República.

[7] *idem*, artigo 64.º, número 3, alínea d), *in fine*.

[8] Base 20 - Serviço Nacional de Saúde, número 1, da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde. Publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 169, de 2019-09-04. p. 61.

[9] Base 2 – Direitos e deveres das pessoas, número 1, alínea b), *idem*.

[10] *ibidem*, alínea a).

[11] Adequação da prestação dos cuidados de saúde - artigo 4.º, número 1, da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Publicada em Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21, na redacção actual.

[12] *ibidem*, número 2.

[13] Base 20 - Serviço Nacional de Saúde, número 2, alínea f), da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde. Publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 169, de 2019-09-04. p. 61.

[14] *ibidem*, alínea e), *in fine*.

Para tal, aos profissionais de saúde, em particular aos Enfermeiros, é prescrita pela Lei de Bases da Saúde a obrigação de respeito (i) pelas leis da arte e (ii) da deontologia profissional e (iii) pelo estado dos conhecimentos e da experiência, enquanto pressupostos essenciais à protecção da vida e saúde, da dignidade e integridade das pessoas, famílias e comunidades a quem prestam cuidados de saúde e enfermagem.

Discorrendo, importa ainda referir que a actuação do exercício profissional dos Enfermeiros e demais profissionais de saúde é, no seu quotidiano, delimitada por estas garantias e obrigações. A violação dos referenciados deveres, por ação ou omissão, que se apure criadora de *"perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde"*[15] da pessoa humana, resulta em responsabilidade disciplinar, civil e criminal do agente. E, em abstracto, pode no caso concreto da reacção jurídico-penal cominar em *"pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal"*[16], sem prejuízo de outras sanções que venham a ser deduzidas, no âmbito de outras responsabilizações coexistentes, previstas por lei – p.ex.: a disciplinar e a civil.

Sucede, porém, que nos serviços e estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, o quotidiano do exercício profissional dos profissionais de saúde é delimitado pelas atribuições e poderes de autoridade e direcção inerentes aos conselhos de administração ou conselhos directivos, a quem compete, entre outros, "[D]*efinir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do estabelecimento de saúde, nas áreas clínicas e não clínicas, nomeadamente, decidindo sobre a criação, extinção ou modificação de serviços*"[17], e "[A]*companhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo estabelecimento de saúde, responsabilizando os diferentes setores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos do acesso dos utentes e da qualidade dos serviços prestados, bem como da garantia da sustentabilidade económico-financeira da instituição*"[18], sem prejuízo do dever de respeito pela autonomia técnica e deontologia dos profissionais de saúde, cuja regulamentação de actividade assim o determine e preveja[19,20].

Nesta senda, à luz das atribuições de apoio à definição das políticas de organização e prestação dos serviços de enfermagem dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, compete em exclusivo à Direção de Enfermagem[21], entre outros:

i. *"Planear e avaliar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados"*;
ii. *"Monitorizar os procedimentos profissionais, garantindo a adoção das melhores práticas nacionais e internacionais"*;
iii. *"Garantir o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal da profissão"*.

---

[15] Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos - artigo 150.º, número 2, do Código Penal, revisto e publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março. Publicado em Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15 (legislação consolidada).
[16] *idem*.
[17] Competências do conselho de administração e do conselho directivo - artigo 71.º, número 1, alínea e), do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, na sua redacção com as alterações à data de janeiro de 2025.
[18] *idem*, alínea g).
[19] Deveres do empregador público - artigo 71.º, número 1, alínea e), da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, que aprova a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, na sua redacção com as alterações à data de janeiro de 2025.
[20] Autonomia Técnica - artigo 116.º, da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, que aprova a revisão do Código do Trabalho, na sua redacção com as alterações à data de janeiro de 2025.
[21] Competências - artigo 5.º número 1, alíneas f), g) e j), respectivamente, todas da Portaria n.º 245/2013, de 5 de agosto, que regulamenta a composição, as competências e a forma de funcionamento da direção de enfermagem nos serviços e estabelecimento de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde.

DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

O exercício profissional do Enfermeiro, em Portugal, encontra-se delimitado por um conjunto de normas, regulamentos e demais orientações referenciais de boa prática, dos quais se destacam pela sua relevância para o caso concreto:

iv. o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros[22], enquanto norma vinculativa para todas as entidades empregadoras dos sectores público, privado, cooperativo e social e que abrange todos os Enfermeiros, que exerçam a sua actividade profissional em Portugal, independentemente do regime jurídico-laboral que a anima;

v. o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, que define o perfil das competências dos Enfermeiros com título profissional de cuidados gerais[23];

vi. o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que define o perfil das competências comuns do Enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem[24];

vii. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, que define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção[25], do qual se destacam, para o que aqui interessa, as competências específicas inerentes à área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória[26];

viii. os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos[27];

ix. os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, designadamente na área particular de enfermagem à pessoa em situação perioperatória[28];

e,

x. o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que define a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, e com o qual se pretende assegurar a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais[29].

---

[22] Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, que cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova em anexo o respetivo estatuto, na redação dada pelas alterações introduzidas pela Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro, que procede à terceira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o república em anexo (*in* Diário da República n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19).

[23] Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 190/2015, de 23 de abril, publicado em Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23, páginas 10087 – 10090.

[24] Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019, de 6 de fevereiro publicado em Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 – 4750.

[25] Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 429/2018, de 16 de julho, publicado em Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19359 – 19370.

[26] *idem*, anexo IV

[27] Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem, Portugal. Revisão e reimpressão: agosto de 2012.

[28] Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Leiria, Portugal.

[29] Diário da República. (2019). *Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 743/2019, de 25 de setembro*. **Série II, (184),** 128-155. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124907304.

A propósito deste último,

Em 2019, a Ordem dos Enfermeiros concretizou no Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem uma ampla revisão do estado do conhecimento e da experiência sobre a relação existente entre sofrimento e mortalidade evitáveis de pessoas em episódio de internamento hospitalar e a dotação, nível de qualificação e perfil de competências dos Enfermeiros em funções nas enfermarias dos serviços de estabelecimentos hospitalares. À luz da melhor evidência disponível, que informa que a sub-dotação de Enfermeiros é causa necessária e suficiente para a ocorrência de prejuízos relevantes na integridade física e na vida das pessoas que se confiam aos cuidados daqueles, em estabelecimentos hospitalares, a Ordem dos Enfermeiros giza no referenciado regulamento que a "*dotação adequada de Enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população*"[30].

Assim, a Ordem dos Enfermeiros consigna ainda neste regulamento, com interesse para a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde e de enfermagem perioperatórios, tanto em procedimentos electivos como em procedimentos urgentes, o seguinte:

> "*O cálculo de dotações seguras de Enfermeiros nos Blocos Operatórios, de Cirurgia Convencional e de Cirurgia Ambulatória, segue os mesmos princípios, tendo em conta a complexidade dos cuidados, a capacidade instalada e o modo de organização desses cuidados.*
> *Nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, considera-se a existência dos seguintes postos de trabalho: Enfermeiro circulante, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro de anestesia*"[31].

No referenciado regulamento consigna-se, adicionalmente ao anteriormente referido, que a dotação definida para a sala operatória pode e deve ser ajustada "*em função da elevada complexidade e intensidade dos cuidados, rotatividade ou características específicas dos clientes*"[32], ou seja, a determinação do número de Enfermeiros presentes na sala operatória deve obedecer à ponderação valorativa sobre a complexidade dos problemas e necessidades em saúde das pessoas em situação perioperatória, das necessidades concretas dos procedimentos perioperatórios (anestésico-cirúrgicos) e da intensidade dos cuidados de enfermagem que se antecipam por necessários de prestar à pessoa em situação perioperatória.

Igual entendimento é partilhado pela ***Association of periOperative Registered Nurses*** (AORN), para quem a necessidade de aumento do número (sobredotação) de Enfermeiros presentes em sala operatória está ligada positivamente às necessidades de assistência, monitorização e/ou necessidades decorrentes do estado clínico do doente, complexidade do procedimento cirúrgico ou as exigências tecnológicas do mesmo[33] [34].

---

[30] Diário da República. (2019). Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 743/2019, de 25 de setembro. Série II, (184), 128-155. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124907304
[31] *ibidem*
[32] *ibidem*
[33] Associação de Enfermeiros Perioperatórios Registrados (AORN). (2021). AORN position statement on perioperative safe staffing and on-call practices. AORN. (Original aprovado em 2014; revisão aprovada em 30 de junho de 2021). Publicado originalmente em Standards, Recommended Practices, and Guidelines, 2021 Edition. Reimpresso em junho de 2021, AORN Journal
[34] Bell, Lynn. (2015) Using OR Patient Classification for Staffing Assignmentshttp://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.03.003

Para além disto, vai ainda mais longe a Ordem dos Enfermeiros ao prescrever no referenciado regulamento mais alguns pressupostos relevantes à apreciação que vem sendo feita, designadamente, que:

xi. as unidades de cuidados pós-anestésicos que integram os serviços de Bloco Operatório devem obedecer a um ratio de 1:2 – isto é, um (1) Enfermeiro por cada duas (2) pessoas – em casos de procedimentos de cirurgia convencional – sublinha-se que a norma é omissa para situações e procedimentos de cirurgia de urgência/emergência;

xii. para além dos postos de trabalho já definidos, se inclua postos de trabalho adicionais que atendam às necessidades de gestão integrada, logística de suporte à sala operatória e substituição de Enfermeiros, garantindo a continuidade, eficiência e segurança dos cuidados prestados;

xiii. é essencial que a prestação de cuidados de enfermagem em ambiente perioperatório verifique conexão com um nível de qualificação e perfil de competências especializado, em sintonia com a regulamentação existente para a área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Subjacente a esta matéria, encontra-se uma ideia central bem explicitada à formação das equipas de enfermagem perioperatória. Essa ideia-chave é a de combinação entre o número adequado e as competências adequadas dos Enfermeiros destas equipas, a constituírem-se obrigatoriamente, no mínimo, por:

xiv. quatro (4) Enfermeiros para prestar cuidados a uma (1) pessoa submetida a procedimento anestésico-cirúrgico em bloco operatório, assim distribuídos: três Enfermeiros ocupam os postos de trabalho na sala operatória – Enfermeiro de apoio à anestesia, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro circulante –, e um Enfermeiro ocupa o posto de trabalho na unidade de cuidados pós-anestésicos;

xv. acrescidos de um (1) Enfermeiro para garantir a continuidade de cuidados em caso de substituição de Enfermeiros e/ou em casos de maior constrangimento e complexidade clínica, enquanto elemento de apoio logístico aos Enfermeiros das salas operatórias e de suporte efetivo à prestação de cuidados a pessoas em situação crítica com necessidade cirúrgica imediata, com falência ou em risco imediato de falência de uma ou mais funções vitais;

xvi. todos estes Enfermeiros devem, preferencialmente, deter qualificação e competências especializadas ou em Enfermagem Médico-cirúrgica ou em Enfermagem Perioperatória.

Importa, portanto, apreciar se este e demais estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde estão vinculados, na constituição das equipas de Bloco Operatório de Urgência, a respeitar esta «*dotação e qualificação adequadas*» de Enfermeiros, conforme estabelecida pela Ordem dos Enfermeiros no referenciado regulamento. Aprofundemos a sua análise.

Em 2006, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde emana para todos os serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde a Circular Normativa n.º 01/2006, de 12 de janeiro, que define a metodologia e critérios para efeitos de fundamentação da necessidade do recurso ao regime de trabalho de horário acrescido para o pessoal de enfermagem, e as fórmulas de cálculo relativamente a necessidades de Enfermeiros. O referenciado diploma, no seu anexo 1, prescreve a existência de três (3) postos de trabalho para Enfermeiros nas salas operatórias dos serviços de bloco operatório de cirurgia programada dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde, ou menos que três (<3) postos de trabalho para Enfermeiros, decidindo-se casuística e discricionariamente "*em função das especialidades cirúrgicas, aspetos organizacionais e estruturais dos blocos operatórios*"[35].

[35] Cfr. ponto B.4 – Bloco Operatório (Cirurgia Programada), anexo 1, da Circular Normativa n.º 01/2006, de 12 de janeiro, da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. pág. 7

Sucede, contudo, que esta Circular Normativa não fixa os postos de trabalho para Enfermeiros nos blocos operatórios de urgência nem nas unidades de cuidados pós-anestésicos (recobros), pelo que se torna necessário interpretar a norma e determinar o seu sentido e alcance a fim de entender a sua correcta e segura aplicação ao caso concreto dos serviços de bloco operatório de urgência.

Parece indiscutível que a referenciada norma[36]:

xvii. fixa em três (3) o número de postos de trabalho para Enfermeiros que se constituem por necessários à organização e funcionamento das salas operatórias dos blocos operatórios de cirurgia programada;
xviii. e que, ainda no âmbito da cirurgia programada;
xix. prescreve uma alternativa ou opcionalidade de redução deste número de postos de trabalho por sala operatória, no caso concreto destes serem irrealizáveis atendendo às circunstâncias organizativas, estruturais e de diferenciação técnica dos blocos operatórios.

Assim, através do significado racional e conjuntural deste conjunto de elementos parece-nos, numa interpretação extensiva, que no caso concreto das salas dos blocos operatórios no âmbito da cirurgia não programada, i.e., de emergência/urgência, os postos de trabalho para Enfermeiros a preencher são de três (3), ou, em alternativa, mais de três (>3), atendendo, em concreto, às circunstâncias organizativas, estruturais e de diferenciação técnica dos blocos operatórios de urgência, designadamente, nos casos de prestação de cuidados de saúde a pessoas em situação crítica ou emergente (urgência imediata) e de urgência diferida, em que existe estabelecimento ou risco relevante de estabelecimento de falência de funções vitais de um ou mais órgãos, das quais possam resultar dano irreparável ou de difícil reparação.

Neste mesmo sentido, desde 2011, que as salas operatórias afectas ao Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) segue a formulação de três (3) postos de trabalho para Enfermeiros[37] – um Enfermeiro instrumentista, um Enfermeiro circulante e um Enfermeiro de apoio à anestesia. Sublinha-se, para o que aqui interessa, que este regime não contempla atos cirúrgicos de complexidade clínica elevada, pelo que não tem como propósito a satisfação de necessidades de pessoas com indicação cirúrgica emergente ou urgente imediata ou de urgência diferida, não se realizando em contexto de bloco operatório de urgência.

Principalmente após a denominada «*greve cirúrgica*» de Enfermeiros, em 2018, esta matéria tem, recorrentemente, merecido a atenção e reflexão dos sucessivos colégios arbitrais. Em sede de arbitragem obrigatória do Tribunal Arbitral do Conselho Económico e Social, para efeitos de determinação de serviços mínimos no âmbito do directo fundamental à greve a satisfazer nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, tem vindo a consolidar a relação destes serviços mínimos com a satisfação de "*necessidades sociais impreteríveis*"[38], reconduzindo a uma óptica de protecção de interesses fundamentais dos indivíduos e da sociedade, designadamente o direito à vida, à integridade pessoal e à protecção da saúde, cuja violação é susceptível de causar dano irreparável ou de difícil reparação.

---

[36] *idem*

[37] Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia 2011: Volume III - Área clínica*. Portugal: Ministério da Saúde. p. 55 e 56.

[38] Entendidas como: "*As necessidades sociais impreteríveis são as que se relacionam com a satisfação de interesses fundamentais da sociedade e, nessa medida, com uma tranquila e segura convivência social e, porque assim, devem ser integradas nesse conceito todas as necessidades cuja não satisfação importaria não só a violação de direitos fundamentais como poderia causar insegurança e desestabilização social.*", conforme Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, de 26 de junho de 2008 - Processo n.º 078/06, Secção do Contencioso Administrativo.

Ademais, sublinha-se o facto do membro consulente exercer a sua actividade no bloco operatório do serviço de urgência de um estabelecimento hospitalar que é considerado, pela sua elevada especialização, como sendo «*fim de linha*» de uma rede de estabelecimentos e serviços, para o qual outros estabelecimentos, serviços e entidades prestadoras de cuidados de saúde públicas, sociais e privadas transferem pessoas em situação de doença aguda, em contexto de urgência e emergência, no respeito pelas redes e circuitos estabelecidos no Serviço Nacional de Saúde.

Ora, considerando a jurisprudência que tem vindo a ser consolidada pelo referenciado Tribunal Arbitral[39], a definição do número de postos de trabalho de Enfermeiros para cumprir adequadamente os serviços mínimos decretados para os serviços de bloco operatório de urgência são, no mínimo:

xx. em número igual aos disponibilizados na escala de trabalho aos dias de domingo e feriados, em cada turno da manhã, tarde e noite;
acrescidos de,
xxi. quatro (4) Enfermeiros, para ocuparem os postos de trabalho de Enfermeiro instrumentista, Enfermeiro de anestesia, Enfermeiro circulante e de Enfermeiro de recobro.

Em suma,

Parece-nos que a determinação do número concreto de Enfermeiros afecto a cada serviço de Bloco operatório de urgência no âmbito da prestação de cuidados perioperatórios emergentes e urgentes imediatos é, sem dúvida, complexa mas depende de pressupostos objectivos, sendo essencial para assegurar, de um lado, o exercício de direitos fundamentais e a satisfação de necessidades básicas das pessoas e famílias, enquanto utentes dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, e, por outro, a garantia de respeito pelos direitos, deveres e autonomia dos Enfermeiros.

Com impulso em tudo aquilo que vem sendo exposto, ficcionam-se possíveis formulações de postos de trabalho para Enfermeiros, a satisfazer de acordo com o número de salas operatórias existentes no quotidiano de serviços de bloco operatório de urgência, designadamente:

xxii. se duas (2) salas operatórias disponibilizadas à realização de actos anestésico-cirúrgicos em simultâneo a duas (2) pessoas, existem dez (10) postos de trabalho para Enfermeiros, assim distribuídos: três (3) Enfermeiros (Enfermeiro de apoio à anestesia, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro circulante) por cada sala operatória, totalizando seis (6) Enfermeiros; adicionalmente, mais três (3) Enfermeiros (Enfermeiro de apoio à anestesia, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro circulante) para gestão do bloco, substituição de elementos e suporte logístico às actividades das salas operatórias; e, um (1) Enfermeiro ocupa o posto de trabalho na unidade de cuidados pós-anestésicos;
xxiii. se três (3) salas operatórias disponibilizadas à realização de atos anestésico-cirúrgicos em simultâneo a três (3) pessoas, existem treze (13) postos de trabalho para Enfermeiros, assim distribuídos: três (3) Enfermeiros (Enfermeiro de apoio à anestesia, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro circulante) por cada sala operatória, totalizando nove (9) Enfermeiros; adicionalmente, mais três (3) Enfermeiros (Enfermeiro de apoio à anestesia, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro circulante) para gestão da equipa de enfermagem, substituição de elementos e suporte logístico às actividades das salas operatórias; e, um (1) Enfermeiro ocupa o posto de trabalho na unidade de cuidados pós-anestésicos;

[39] Exemplificativas para este propósito são as decisões de Arbitragem Obrigatória para determinação de serviços mínimos, do Tribunal Arbitral do Conselho Económico e Social - Processos N. os: AO/42/2024 – SM, de 13 de dezembro de 2024; 05/2019 – SM, 4 de fevereiro de 2019; 01/2019-SM, de 11 de janeiro de 2019; 38/2018-SM, de 16 de novembro de 2018.

xxiv. se quatro (4) salas operatórias disponibilizadas à realização de atos anestésico-cirúrgicos em simultâneo a quatro (4) pessoas, existem dezassete (17) postos de trabalho para Enfermeiros, assim distribuídos: três (3) Enfermeiros (Enfermeiro de apoio à anestesia, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro circulante) por cada sala operatória, totalizando doze (12) Enfermeiros; adicionalmente, mais três (3) Enfermeiros (Enfermeiro de apoio à anestesia, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro circulante) para gestão da equipa de enfermagem, substituição de elementos e suporte logístico às atividades das salas operatórias; e, dois (2) Enfermeiros ocupam o posto de trabalho na unidade de cuidados pós-anestésicos.

DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS

Os cuidados de saúde e de enfermagem prestados pelos Enfermeiros à pessoa em situação perioperatória pretendem responder às necessidades e problemas de saúde da pessoa e família a vivenciarem uma experiência anestésico-cirúrgica, mas também maximizar a sua segurança, e a de toda a equipa multidisciplinar, num ambiente particularmente exigente e complexo: o bloco operatório.

Este serviço hospitalar é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde os riscos são significativos, devido à natureza e diferenciação dos cuidados oferecidos, à especificidade contextual e à situação de vulnerabilidade acrescida da pessoa alvo das intervenções. E é essencial reconhecer, *ab initio*, a complexidade deste ambiente particular de prestação de cuidados, com "*fluxos de comunicação intensos, a atividade profissional em equipas interdisciplinares, o circuito perioperatório com múltiplas transferências de cuidados,* (...) *exigências de procedimentos complexos, associados à elevada dependência da pessoa sob anestesia*" e ainda "*alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso*" [40].

Dado o contexto que acaba de se expor, compreende-se que a manutenção da segurança do ambiente cirúrgico é crucial e central no exercício dos Enfermeiros durante o período perioperatório[41]. Entendimento semelhante vemos vertido no Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, de 16 de julho de 2018, que impõe ao Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa e família em situação perioperatória, o desenvolvimento de competências no sentido de maximizar e garantir a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, de forma congruente com a consciência cirúrgica e, por isso, com a ética profissional [42].Tal, deve-se ao reconhecimento do elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, especialmente no que diz respeito à possibilidade de eventos adversos decorrentes da vulnerabilidade do doente, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos envolvidos.

A prática de Enfermagem na prestação de cuidados de saúde e de enfermagem à pessoa e família em situação perioperatória é baseada num modelo conceptual que envolve áreas distintas, mas complementares, incluindo a consulta perioperatória, a circulação, o apoio à anestesia, a instrumentação e os cuidados pós-anestésicos. Realça-se que o Enfermeiro, neste contexto, deverá adquirir e desenvolver as competências especificas necessárias ao desempenho de cada uma destas funções, orientando a sua prática para a centralização dos cuidados de enfermagem na pessoa e na qualidade[43] .

---

[40] Ordem dos Enfermeiros (2017). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Leiria, Portugal;

[41] Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2012). ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA- Da Filosofia à Prática de Cuidados; rev. Maria José Dias Pinheiro. - 1ª reimp. - Loures: Lusodidacta - ISBN 978-972-8930-16;

[42] Diário da República. (2018). Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro – Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. N.º 21/2018, Série II, 3478-3487;

[43] Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2012). ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA- Da Filosofia à Prática de Cuidados; rev. Maria José Dias Pinheiro. - 1ª reimp. - Loures: Lusodidacta - ISBN 978-972-8930-16;

Em cada uma destas áreas, os Enfermeiros realizam uma avaliação completa das necessidades de cuidados da pessoa e família, recorrem aos diagnósticos de Enfermagem para identificar problemas reais e potenciais e implementam intervenções que considerem adequadas para promover a recuperação e o bem-estar dos mesmos, providenciando assim cuidados holísticos e seguros. As intervenções são continuamente avaliadas e adaptadas conforme necessário, com a expectativa de garantir a qualidade dos cuidados perioperatórios e proporcionar proteção à pessoa a vivenciar esta situação de particular vulnerabilidade.

Para tal, os Enfermeiros fundamentam o seu processo de tomada de decisão em conhecimentos científicos e técnicos que lhes permitem conhecer, compreender e gerir a complexidade deste ambiente, incluindo as situações de emergência ou de excepção. Assim, e na especificidade do ambiente do bloco operatório, as intervenções dos Enfermeiros têm como foco as necessidades da pessoa em situação perioperatória, bem como as da equipa multidisciplinar.

Nesse sentido, os Enfermeiros desenvolvem intervenções que asseguram a: a) manutenção da segurança do ambiente cirúrgico, promovendo a redução dos riscos inerentes ao mesmo; b) segurança da equipa multidisciplinar; c) segurança dos cuidados de saúde; e, o d) suporte necessário à realização do ato cirúrgico com qualidade. Para as alcançar, revela-se fundamental garantir uma dotação adequada de Enfermeiros no ambiente perioperatório, sendo que a ***European Operating Room Nurses Association*** (EORNA) defende que os rácios de pessoal são determinantes para a organização, pois contribuem diretamente para a qualidade dos cuidados, a segurança do doente e o bem-estar da equipa em contextos perioperatórios desafiantes [44] . Ainda no mesmo sentido, a mesma EORNA apela aos decisores políticos europeus a definição e estabelecimento claro de diretrizes, que assegurem níveis adequados de dotação de Enfermeiros nas salas operatórias, tendo em vista a segurança dos procedimentos e qualidade dos cuidados prestados. Tal apelo, decorre da crescente evidência relativamente aos *outcomes* negativos e demais prejuízos que a sub-dotação de Enfermeiros nas salas operatórias acarreta às pessoas submetidas a atos anestésico-cirúrgicos (e suas famílias) e nos resultados dos serviços e estabelecimentos hospitalares, estando as subdotações de Enfermeiros associadas ao aumento da frequência de eventos adversos nos utilizadores dos serviços de bloco operatório. No caso concreto da pessoa em situação perioperatória, a sub-dotação de Enfermeiros, em número e qualificação, nas salas operatórias correlaciona-se positivamente com o aumento dos eventos adversos, com dano irreparável, associados à prestação de cuidados de saúde e de enfermagem em ambiente perioperatório, designadamente:

xxv. aumento das infeções do trato urinário (ITU), pneumonia e na mortalidade por complicações no pós-operatório [45];
xxvi. aumento de mortalidade evitável intra-hospitalar de pessoas submetidas a procedimentos ortopédicos, vasculares ou de cirurgia geral [46];
xxvii. aumento da mortalidade e demais eventos adversos, aumento do tempo de internamento e maior probabilidade de readmissão até ao 30º dia pós-alta [47];

---

[44] European Operating Room Nurses Association. (2023). Position statements and guidelines for perioperative nursing practice part 1. European Operating Room Nurses Association (EORNA);

[45] Stanton, M., & Rutherford, M. (Março de 2004). Hospital nurse staffing and quality of care. (M. Rutherford, Ed.) Research in Action Issue 14(04-0029);

[46] Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8;

[47] Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Anusiewicz, C. V, Martin, B., Reneau, K., Alexander, M., & Mchugh, M. D. (2021). Is Hospital Nurse Staffing Legislation in the Public's Interest? An Observational Study in New York State. www.lww-medicalcare.com;

Estes últimos autores estimaram que, se adequadamente dotadas de Enfermeiros, nas unidades hospitalares da cidade norte-americana de Nova Iorque poder-se-iam evitar 4370 mortes, bem como obter poupanças económico-financeiras significativas, em dois (2) anos[48]

Verifica-se, assim, a existência de uma relação positiva entre a dotação adequada de Enfermeiros e melhores resultados para as pessoas em situação de internamento, com melhoria nos índices de qualidade e segurança nos cuidados prestados. Entre muitos dos benefícios observados, destacamos a redução do risco e ocorrência de morbimortalidade intra-hospitalar, de ocorrência de eventos adversos com dano, a diminuição do tempo de internamento e a redução de omissões nos cuidados essenciais [49].

Além do já mencionado, Sousa et al. (2014) demonstraram que 27% dos eventos adversos registados em três (3) hospitais nacionais, da região de Lisboa, estavam associados com procedimentos cirúrgicos, sendo mesmo a maioria deles, seguido dos eventos adversos associados com a administração de fármacos (18,3%). Tal sustenta a perigosidade e risco acrescido que se vivencia no período perioperatório e no ambiente cirúrgico e, por isso, a necessidade de acautelar recursos e práticas conducentes à segurança das pessoas e dos procedimentos a que são submetidas.

Pelo exposto, entende-se que o Enfermeiro que desenvolve o seu exercício no período perioperatório e presta cuidados à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos, deve garantir condições de boa prática para o início e continuidade desses mesmos procedimentos, entre as quais se destaca, pela sua relevância, a dotação adequada e segura de profissionais.

DA EMERGÊNCIA, URGÊNCIA E EXCEÇÃO OU CATÁSTROFE

Uma situação de emergência "*resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida*", impondo por isso que a "assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata" [50].

Uma situação de excepção apresenta-se como "*uma situação em que se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis*" [51].

Em ambas as situações coexistem riscos para a vida e saúde das pessoas afectadas, ora por falência da sua homeostasia, e por isso dos seus processos vitais, ora por falência na assistência necessária, no tempo e qualidade, por incapacidade de resposta por parte das instituições ou do sistema de saúde.

---

[48] Ibidem
[49] Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., & RN4Cast Consortium (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. International journal of nursing studies, 78, 10–15. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004; 1.
Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the Science: The Relationship Between Nurse Staffing and Patient Outcomes. Western Journal of Nursing Research. 2013;35(6):760-794. doi:10.1177/0193945913476577
Griffiths, P, Ball, J., Bloor, K., Böhning, D., Briggs, J., Dall'Ora, C., Iongh, A.D., Jones, J., Kovacs, C., Maruotti, A, Meredith, P. Prytherch, D., Saucedo, A.R., Redfern, O., Schmidt, P., Sinden, N., Smith, G., 2018. Nurse staffing levels, missed vital signs observations and mortality in hospital wards: retrospective longitudinal observational study using routinely collected data. Health Serv. Deliv. Res. J. 6 (38) (whole issue);
Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A., Simon, M., 2016. Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. Int. J. Nurs. Stud. 63, 213–225;
Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J., 2007. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. Med. Care 45 (12), 119
Shekelle, P.G., 2013. Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. Ann. Intern. Med. 158 (5 Pt 2), 404–409;5–1204.
[50] Diário da República. (2018, 16 de julho). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ª série (135), 19359-19370.
[51] Ibidem

No caso aqui exposto e alvo de análise, observa-se que, ao responder a uma situação de emergência e urgência imediata – já intrinsecamente complexa e exigente tanto em termos quantitativos quanto qualitativos dos cuidados necessários –, *"não raras vezes"* se cria uma "situação excecional", ultrapassando os recursos de enfermagem disponíveis. Isso ocorre em um contexto de particular e acrescida vulnerabilidade para a pessoa. Importa destacar, no entanto, que a sobrecarga ocorre exclusivamente nos recursos de enfermagem e apenas no serviço do bloco operatório de urgência. Entretanto, em vez de se tratar de situações excepcionais e esporádicas, a análise da casuística revela que essa configuração é, na verdade, a norma da prática quotidiana. Ao invés de contar com uma dotação de pessoal condizente com a realidade do serviço, que opera regularmente com três salas, os Enfermeiros designados para duas salas acabam sendo redistribuídos entre todas as salas em funcionamento. Essa redistribuição gera riscos e potenciais danos tanto para as pessoas que já estão sob procedimentos anestésico-cirúrgicos quanto para aqueles que estão prestes a iniciar tais procedimentos.

É fundamental destacar que, para que a equipa de enfermagem possa responder a situações de imprevisibilidade, vulnerabilidade e complexidade, garantindo a afectação de recursos humanos em conformidade com as "dotações seguras" e assegurando os cuidados nas diferentes áreas de actuação (circulação, apoio à anestesia, instrumentação e cuidados pós-anestésicos), é essencial que esteja devidamente dimensionada em número de profissionais e competências [52]. O objectivo é, assim, salvaguardar a segurança, a efectividade e a eficácia dos cuidados prestados, bem como garantir o direito inalienável dos cidadãos a cuidados de saúde, mesmo em contextos de emergência e urgência imediata. No que se refere a situações excepcionais, estas devem estar devidamente documentadas, tanto em termos da sua frequência quanto da sua real natureza, permitindo uma avaliação rigorosa dos recursos de enfermagem efectivamente requeridos. Dessa forma, assegura-se que a prática profissional nos blocos operatórios de urgência decorra em condições adequadas e seguras.

Assume-se, portanto, que situações excepcionais, caracterizadas por um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigem uma actuação coordenada e uma gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos, porque resultam em uma sobrecarga de trabalho que desafia a capacidade de resposta das equipas multiprofissionais, não apenas da equipa de enfermagem, o que se verifica no caso em apreciação. A estas situações, pela sua excecionalidade, deverá corresponder uma resposta organizacional plasmada em planos de contingência, pois impõe-se a resposta da organização como um todo, não apenas do serviço bloco operatório de urgência, algo que também não se verifica na situação aqui alvo de análise.

Nesse sentido, parece verificar-se antes uma situação de sub-dotação da equipa de enfermagem do serviço bloco operatório de urgência, dada a regularidade do funcionamento de uma terceira sala operatória, a dotação adequada dos restantes profissionais (médico anestesista e médico cirurgião) e a casuística do serviço em causa.

Assim, verifica-se apenas que a equipa de enfermagem não está capacitada em número de elementos para responder a situações de emergência e urgência imediata próprias de um serviço de bloco operatório de urgência de uma instituição hospitalar *"fim de linha"*. Nesse sentido, o exercício de funções de gestão por Enfermeiros é determinante para garantir a qualidade e segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde. O Regulamento da Competência Acrescida/Avançada em Gestão define Enfermeiro gestor como aquele que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de Enfermagem, da profissão de Enfermeiros e no domínio específico da gestão.

---

[52] Ordem dos Enfermeiros (2017). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Leiria, Portugal;

É, por isso, "*o responsável em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos Enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde*" pelo que não pode ser demitido das suas responsabilidades [53].

Contudo, importa reforçar que garantir os recursos necessários por meio de uma gestão eficiente dos profissionais de saúde é uma responsabilidade essencial dos diferentes níveis de gestão, visando minimizar os riscos associados ao tratamento e assegurar cuidados de excelência à pessoa. A liderança deve fundamentar-se em competências científicas, técnicas e relacionais, sendo indispensável para optimizar o desempenho da equipa de saúde e garantir a qualidade dos cuidados prestados. É crucial que as dotações de pessoal sejam adequadas e seguras, contando com a presença de Enfermeiros Especialistas e uma equipa multidisciplinar qualificada, capacitada para lidar com diversas situações clínicas e emergências.

Nas situações de emergência é fundamental que actuem os profissionais mais qualificados, garantindo a salvaguarda da vida, um valor inquestionável. Porém, estas situações assumem uma natureza distinta quando se tornam recorrentes e sistemáticas, exigindo uma abordagem estruturada e preventiva. A sustentabilidade da resposta às mesmas deve basear-se não apenas na disponibilidade permanente dos Enfermeiros, mas numa escala de trabalho ou metodologia bem definida que organize os horários da equipa de enfermagem de forma equilibrada. Nesse sentido, é fundamental que a metodologia mais adequada seja definida em conjunto com a equipa de enfermagem, sem pressupor que a solução dependa exclusivamente da disponibilidade contínua dos profissionais.

Deve-se, portanto, evitar a interpretação excessiva, e por isso inadequada, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que impõe aos Enfermeiros o dever de se co-responsabilizarem pelo diagnóstico e tratamento em tempo útil e eficaz, de forma a que as necessidades de saúde da pessoa sejam atendidas com qualidade, responsabilidade e em respeito pela deontologia profissional. A disponibilidade dos Enfermeiros não deve, portanto, ultrapassar os limites do horário de trabalho, respeitando o seu bem-estar e capacidade de actuação eficaz, competindo aos órgãos de gestão organizar os recursos de maneira eficiente e garantir a segurança e a qualidade dos cuidados aos doentes [54].

Para isso, torna-se indispensável a organização prévia e a elaboração de um plano que determine as estratégias, responsabilidades e recursos necessários, para enfrentar as situações de emergência e de excepção de forma estruturada, eficaz e segura. O planeamento desta organização pode basear-se em dados históricos ou na casuística, dependendo do contexto e dos objetivos definidos pela organização. Diversos estudos demonstram como os dados históricos podem optimizar a utilização do bloco operatório, reduzir tempos ociosos, melhorar o agendamento e alocar recursos de maneira mais eficiente. Embora seja um tema específico da gestão hospitalar, a análise desses dados é amplamente discutida por vários autores para aprimorar a operacionalização nos ambientes de saúde [55].

Contudo, os modelos de programação também podem ser aplicados à gestão do bloco operatório, oferecendo soluções robustas para desafios de agendamento e alocação de recursos [56].

---

[53] Diário da República. (2018). Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro – Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. N.º 21/2018, Série II, 3478-3487;

[54] Diário da República. (2024). Lei n.º 8/2024 – Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Série I (14/2024), 57-75.

[55] Li, Zhigang & Yi, Yan & Wu, Xichen. (2019). Data-Driven Hospital Surgery Scheduling Optimization. 10.1007/978-3-030-34482-5_33; Park, H. S., Kim, S. H., Bong, M. R., Choi, D. K., Kim, W. J., Ku, S. W., Ro, Y. J., & Choi, I. C. (2020). Optimization of the Operating Room Scheduling Process for Improving Efficiency in a Tertiary Hospital. Journal of medical System, 44(9), 171.;

[56] Heydari, Mehdi & Soudi, Asie. (2015). Predictive / Reactive Planning and Scheduling of a Surgical Suite with Emergency Patient Arrival. Journal of medical System. 40. 30. 10.1007/s10916-015-0385-1; Gomes, C. A. P. da S. G. (2014). Optimizing operating room planning: A data mining and optimization approach (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto, Portugal;

RELATIVAMENTE À OPERACIONALIZAÇÃO DA RESPOSTA EM EMERGÊNCIA

Para acautelar os recursos necessários em situações de imprevisibilidade nos serviços de bloco operatório, pode ser necessário mobilizar, ainda que de forma transitória, os recursos de Enfermagem de outra sala operatória. Nesta tomada de decisão, o critério não deve basear-se apenas na função desempenhada pelos profissionais, mas sim na gestão de risco. Neste contexto, Enfermeiro Especialista, é o profissional qualificado para exercer esta tomada de decisão, considerando as circunstâncias apresentadas e perante situações de emergência. É ele se reconhece a competência essencial para intervir na prevenção de complicações para a saúde das pessoas, orientado pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados e pelo compromisso com a excelência profissional. Para isso, deve recorrer à avaliação criteriosa do risco clínico e dos procedimentos perioperatórios em questão [57].

Assim, perante a tomada de decisão, deve ser considerada a perigosidade relativa que a mobilização temporária de um Enfermeiro, omitindo um posto de trabalho, impõe ao procedimento em curso. Torna-se por isso fundamental avaliar, entre os postos de apoio à anestesia, circulação ou instrumentação, qual deles, dada a especificidade e particularidade do procedimento em curso, acarreta o menor risco para o doente e para os profissionais de saúde envolvidos, e considerando a especialidade cirúrgica e os aspectos organizacionais e estruturais do serviço de bloco operatório de urgência.

Portanto, a reorganização e consequente redistribuição dos recursos de enfermagem nestas situações deverá decorrer apenas de forma transitória e somente até serem mobilizados os recursos mínimos para acautelar os postos de trabalho necessários e definidos para a prática segura no intraoperatório, para todas as salas operatórias em funcionamento simultâneo: apoio à anestesia, circulação e instrumentação. E referem-se aqui os recursos como mínimos pois as situações sobre as quais nos debruçamos neste parecer, devido à sua gravidade, impõem cuidados complexos e de tal intensidade que poderá ser necessário reajustar os rácios de Enfermeiro por posto de trabalho. E é nesse sentido que convém, mais uma vez, reforçar que a cada sala operatória acresce ainda elementos responsáveis pelas atividades de gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas e de substituição de Enfermeiros.

CONCLUSÕES

Somos de entendimento que, finda a digressão apreciativa em redor do exame e estudo desenvolvido em torno de aspectos, conceitos e princípios da problemática enviada à presente consulta, é consentido obter as seguintes respostas:

1. O exercício da profissão de Enfermeiro encontra-se vinculado a um quadro normativo e regulamentar que:

    a. impõe padrões elevados de qualidade, segurança e adequação na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente nos contextos de enfermagem perioperatória, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros e demais normativos aplicáveis;

    b. exige conformidade com as leis da arte e as melhores práticas científicas e técnicas disponíveis; os princípios deontológicos e éticos inerentes à profissão; o respeito pela individualidade da pessoa e família, garantindo um atendimento humanizado e seguro.

[57] Diário da República. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ªsérie (135), 19359-19370.

2. O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros estabelece critérios técnicos vinculativos para todos os Enfermeiros, serviços e estabelecimentos de saúde públicos, privados e sociais, sobre a composição das equipas de enfermagem em contexto perioperatório, prescrevendo a presença mínima de três (3) Enfermeiros na sala operatória (Enfermeiro circulante, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro de apoio à anestesia), acrescida de dois (2) Enfermeiros, um (1) para garantir a gestão integrada de cuidados e resposta às necessidades de suporte logístico e um (1) outro para a unidade de cuidados pós-anestésicos.

3. O direito à proteção da saúde é uma responsabilidade prioritária do Estado, materializando-se através dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, que devem assegurar, através dos seus profissionais, a prestação de cuidados de saúde com qualidade, eficiência e equidade, garantindo o cumprimento dos princípios da dignidade e não discriminação.

4. Nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, a organização e gestão hospitalar, sob a autoridade e direção dos Conselhos de Administração, assume uma responsabilidade determinante:

   a. na definição da organização e funcionamento das respostas que desenvolvem, sendo responsáveis e responsabilizáveis por assegurar a qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde aí prestados, e que as orientações institucionais são compatíveis com o exercício profissional seguro e tecnicamente fundamentado, salvaguardando a autonomia técnica dos Enfermeiros e demais profissionais de saúde no desempenho das suas funções;
   b. na concreta proteção dos direitos das pessoas e famílias, enquanto usuários dos serviços, e dos Enfermeiros, enquanto trabalhadores dos serviços de bloco operatório de urgência, garantindo condições, meios e recursos adequados à sua organização e funcionamento, em sintonia com as leis das artes e com o estado do conhecimento e da experiência – minimizando a ocorrência evitável de prejuízos e danos (eventos adversos) associados à prestação efetiva de cuidados de saúde e de enfermagem perioperatórios emergentes e urgentes imediatos, através de uma dotação de Enfermeiros, a todo o momento, adequada.

5. É, pois, inequívoca a responsabilidade dos conselhos de administração, e dos níveis intermédios de gestão que resultam da sua decomposição, nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, em garantir as condições necessárias à efectivação da boa prática clínica e deontológica dos Enfermeiros, designadamente a resposta adequada e em tempo oportuno às pessoas em situação perioperatória emergente ou urgente imediata, com uma prestação de cuidados de saúde e enfermagem seguros e com qualidade.

6. A normalização da dotação das equipas de enfermagem nos serviços de bloco operatório de urgência encontra-se respaldada no quadro normativo e regulamentar vigente, que tem vindo reiteradamente a prescrever uma dotação de cinco (5) Enfermeiros por cada pessoa em situação perioperatória, por forma a assegurar a continuidade e segurança global dos cuidados prestados.

7. É à Direção [do Serviço] de Enfermagem e aos Enfermeiros especialistas detentores da categoria profissional de Enfermeiro Gestor, a quem compete garantir globalmente a salvaguarda pela autonomia e dignidade da profissão no planeamento e gestão da organização e funcionamento dos serviços de bloco operatório de urgência dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, designadamente, na concreta definição da dotação de Enfermeiros e Enfermeiros especialistas a satisfazer no quotidiano destes serviços, através da monitorização dos procedimentos profissionais, suportando-se na melhor prática de enfermagem (em gestão e na prática clínica), à luz das (i) leis da arte e ciência da Enfermagem (o estado do conhecimento e da experiência); e das (ii) regras deontológicas e jurídicas aplicáveis.

8. Sucede que nos serviços de bloco operatório de urgência, a sub-dotação de Enfermeiros, em número e qualificação, para responder adequadamente às necessidades integrais de pessoas em situação perioperatória emergente ou urgente imediata é uma problemática muito relevante porque apresenta potencial para causar ou causa prejuízos significativos, por vezes irreparáveis, a todos os envolvidos - pessoa, família, Enfermeiros e organizações. Por isso, a sub-dotação de Enfermeiros requer pronta atenção e resolução, dada a relevância das consequências que transporta para a saúde e vida dessas pessoas.

9. Entende-se por errónea a estratégia gestionária que percepciona os Enfermeiros enquanto meros meios para atingir um determinado fim, ainda que esse fim seja a correcção cirúrgica de ameaças reversíveis à vida e integridade física de pessoas em situação perioperatória em contexto de emergência e urgência imediata. Importa, pois, executar estratégias gestionárias que percepcionem os Enfermeiros enquanto fim em si mesmos, garantindo condições que impulsionem um exercício profissional pleno em autonomia e dignidade, que a melhor evidência disponível conclui ser factor de protecção suficiente contra prejuízos, danos e fragilidades na qualidade assistencial da prestação de cuidados de saúde e de enfermagem, em ambiente perioperatório.

10. A documentação rigorosa e a análise contínua destas situações são essenciais para equilibrar a capacidade de resposta a emergências com a manutenção de padrões elevados de qualidade na prestação de cuidados de saúde e enfermagem para todos as pessoas. Isto permitirá uma avaliação mais precisa e fundamentada das necessidades reais de recursos humanos nos contextos da prática do exercício profissional do Enfermeiro.

11. A eventual inobservância das dotações seguras e das qualificações adequadas das equipas de enfermagem perioperatória poderá consubstanciar infração por violação dos direitos à integridade física e à protecção da saúde, e uma compressão dos deveres profissionais associados à prestação de cuidados em conformidade com as leis da enfermagem, boas práticas e evidência científica disponível, podendo gerar responsabilidade disciplinar, civil e penal, nos termos do regime jurídico aplicável.

12. Conclui-se ainda, não ser razoável que perante circunstâncias não-excecionais[58] e de ocorrência frequente[59], porque praticadas "*não raras vezes*" no quotidiano do serviço de bloco operatório de urgência, no qual o membro consulente exerce e dito «*fim de linha*» do Serviço Nacional de Saúde, o mesmo operacionaliza a sua resposta a estas situações à luz de um "*plano de contingência*", enquanto meio orientador da conduta dos Enfermeiros do referenciado serviço, sempre que existe a «*contingência*» de funcionamento coincidente das três salas operatórias que o constituem.

Isto, porque,

Em rigor, se as três salas operatórias funcionam em simultâneo "*não raras vezes*", é porque existem pessoas com necessidades perioperatórias e outros profissionais de saúde (médicos anestesistas e médicos cirurgiões) em número suficiente, pelo que não se considera como mecanismo adequado a salvaguarda da dotação dos postos de trabalho de uma terceira sala operatória à custa do sacrifício de postos de trabalho das outras duas salas operatórias existentes – ou seja, concretamente, este mecanismo de contingência considera como meios adequados à missão do serviço de bloco operatório de urgência o preenchimento de apenas dois postos de trabalho por cada uma das três salas operatórias. Que, como bem se sabe, visa satisfazer necessidades de pessoas em situação aguda de doença, através da prestação de cuidados de saúde e enfermagem perioperatórios, de sensível complexidade e diferenciação, em contexto de emergência ou urgência imediata.

---

[58] Sem que exista risco iminente de ocorrência ou ocorrência de um acontecimento multivítimas como um acidente grave e/ou catástrofe.
[59] O membro consulente indicia isto mesmo quando menciona o seguinte: "Não raras vezes, pelas características já descritas do hospital, acontece que há necessidade de abrir uma 3ª sala para dar resposta à entrada de doentes cirúrgicos emergentes. E esta situação, pela sua frequência, levou à elaboração de um Plano de Contingência, como linha orientadora das equipas de enfermagem".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Associação de Enfermeiros Perioperatórios Registrados (AORN).** (2021). *AORN position statement on perioperative safe staffing and on-call practices.* AORN. (Original aprovado em 2014; revisão aprovada em 30 de junho de 2021). Publicado originalmente em *Standards, Recommended Practices, and Guidelines, 2021 Edition*. Reimpresso em junho de 2021, *AORN Journal*. Disponível em https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/personnel-staffing/posstat-staffingoncall-0721.pdf;
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8;
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2012). ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA- Da Filosofia à Prática de Cuidados; rev. Maria José Dias Pinheiro. - 1ª reimp. - Loures: Lusodidacta - ISBN 978-972-8930-16;
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., & RN4Cast Consortium (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. International journal of nursing studies, 78, 10–15. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004;
- Bell, Lynn. (2015) Using OR Patient Classification for Staffing Assignmentshttp://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.03.00. www.aornjournal.org;
- Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the Science: The Relationship Between Nurse Staffing and Patient Outcomes. Western Journal of Nursing Research. 2013;35(6):760-794. doi:10.1177/0193945913476577;
- Corina Bello, Richard D. Urman, Lukas Andereggen, Dietrich Doll, Markus M. Luedi, (2022). Operational and strategic decision making in the perioperative setting: Meeting budgetary challenges and quality of care goals, Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, Volume 36, Issue 2, 2022, Pages 265-273, ISSN 1521-6896, https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.04.003;
- Diário da República. (2018). Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro – Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. N.º 21/2018, Série II, 3478-3487. Disponível em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547;
- Diário da República. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ªsérie (135), 19359-19370. Disponível em https://www.ordemEnfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf
- Diário da República. (2019). Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 743/2019, de 25 de setembro. Série II, (184), 128-155. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124907304;
- Diário da República. (2024). *Lei n.º 8/2024 – Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Série I (14/2024), 57-75. Disponível em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328;
- European Operating Room Nurses Association. (2023). Position statements and guidelines for perioperative nursing practice part 1. European Operating Room Nurses Association (EORNA);
- Heydari, Mehdi & Soudi, Asie. (2015). Predictive / Reactive Planning and Scheduling of a Surgical Suite with Emergency Patient Arrival. Journal of medical System. 40. 30. 10.1007/s10916-015-0385-1;
- Griffiths, P, Ball, J., Bloor, K., Böhning, D., Briggs, J., Dall'Ora, C., Iongh, A.D., Jones, J., Kovacs, C., Maruotti, A, Meredith, P. Prytherch, D., Saucedo, A.R., Redfern, O., Schmidt, P., Sinden, N., Smith, G., 2018. Nurse staffing levels, missed vital signs observations and mortality in hospital wards: retrospective longitudinal observational study using routinely collected data. Health Serv. Deliv. Res. J. 6 (38) (whole issue);

- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A., Simon, M., 2016. Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. Int. J. Nurs. Stud. 63, 213–225;
- Gomes, C. A. P. da S. G. (2014). Optimizing operating room planning: A data mining and optimization approach (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto, Portugal;
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Anusiewicz, C. V, Martin, B., Reneau, K., Alexander, M., & Mchugh, M. D. (2021). Is Hospital Nurse Staffing Legislation in the Public's Interest? An Observational Study in New York State. www.lww-medicalcare.com;
- Li, Zhigang & Yi, Yan & Wu, Xichen. (2019). Data-Driven Hospital Surgery Scheduling Optimization. 10.1007/978-3-030-34482-5_33;
- Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J., 2007. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. Med. Care 45 (12), 1195–1204;
- Ordem dos Enfermeiros (2017). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Leiria, Portugal;
- Park, H. S., Kim, S. H., Bong, M. R., Choi, D. K., Kim, W. J., Ku, S. W., Ro, Y. J., & Choi, I. C. (2020). Optimization of the Operating Room Scheduling Process for Improving Efficiency in a Tertiary Hospital. Journal of medical System, 44(9), 171. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10916-020-01644-0;
- Shekelle, P.G., 2013. Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. Ann. Intern. Med. 158 (5 Pt 2), 404–409;
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. (BMC, Ed.) BMC Health Services Research (14). doi:10.1186/1472-6963-14-311;
- Stanton, M., & Rutherford, M. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care. (M. Rutherford, Ed.) Research in Action Issue 14(04-0029). Disponivel em: https://www.healthwatchusa.org/downloads/nursestaffing-DHHS-2004.pdf;
- Tucker, James B. MBA; Barone, James E. MD; Cecere, Joseph MD; Blabey, Robert G. MD; Rha, Chan-Kook MD (1999) Using Queueing Theory to Determine Operating Room Staffing Needs. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical

Data de emissão: 01.04.2025

Pel´O Conselho de Enfermagem

Nuno Sérgio Branco
(Presidente)