A segurança do doente é um dos princípios fundamentais da qualidade nos cuidados de saúde. Diversos estudos internacionais e nacionais apontam que a quantidade e a qualificação dos profissionais de enfermagem alocados aos serviços têm impacto direto nos resultados clínicos, na mortalidade, na ocorrência de eventos adversos e na satisfação dos utentes. Em contextos de elevada complexidade, como as unidades de cuidados intensivos e os serviços de reabilitação funcional, este impacto é ainda mais expressivo. Nestas realidades, as decisões sobre o número de horas de enfermagem disponibilizadas por utente devem ser sustentadas em critérios científicos e éticos. Quando estas horas são mal calculadas, o sistema torna-se vulnerável; quando bem calculadas, salvam vidas.

A dotação segura em enfermagem é definida como a afetação de recursos humanos em número e qualificação adequados à carga de trabalho e às necessidades reais dos doentes. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2019) estabeleceu parâmetros técnicos e éticos através do Regulamento n.º 743/2019, onde se defende que a dotação segura é essencial para garantir a segurança dos cuidados, a qualidade assistencial e a dignidade do exercício profissional. No entanto, apesar das normativas existentes, a prática institucional ainda revela lacunas no dimensionamento das equipas, especialmente em serviços especializados, onde a variabilidade clínica e a complexidade dos cuidados exigem maior sensibilidade metodológica.

O método de cálculo mais amplamente utilizado na gestão hospitalar é o Nursing Hours per Patient Day (NHPPD), que corresponde à média de horas de enfermagem disponibilizadas por utente em 24 horas. Este indicador é de fácil aplicação e oferece uma visão global da disponibilidade de recursos, sendo útil para comparações administrativas e planeamento macro. Contudo, sua principal limitação reside no fato de não considerar a intensidade dos cuidados, a instabilidade clínica do doente e o tempo efetivo despendido nas diferentes intervenções de enfermagem (Castilho et al., 2015). Assim, embora um NHPPD possa indicar que há cinco horas de enfermagem por utente por dia, este valor pode ser ilusório se grande parte do tempo for consumida em tarefas administrativas ou em cuidados a doentes com menor complexidade.

Para suprir estas lacunas, foi desenvolvido o Nursing Activities Score (NAS), que quantifica a carga real de trabalho de enfermagem com base em um conjunto de 23 atividades clínicas e não clínicas. Validado em Portugal, o NAS permite calcular, com maior precisão, o tempo efetivo gasto com cada doente, considerando fatores como monitorização contínua, suporte

ventilatório, mobilização e apoio emocional. Estudos indicam que o NAS consegue captar entre 80% e 85% da carga total de trabalho de enfermagem em contextos de alta complexidade (Macedo et al., 2016; Sardo et al., 2023). A correção do NHPPD com base no NAS fornece um valor ajustado, revelando com maior realismo o tempo disponível para cuidados diretos e a adequação da equipa.

Além disto, o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), desenvolvido pela Administração Central do Sistema de Saúde, é uma ferramenta normativa que classifica os doentes segundo o grau de dependência e complexidade assistencial. Embora não mensure diretamente o tempo despendido em cada intervenção, o SCD/E permite uma leitura institucional da carga assistencial global e orienta decisões de afetação de pessoal. No entanto, a sua aplicação diária enfrenta desafios, como a ausência de integração digital nos sistemas de informação e a necessidade de atualização constante para refletir as mudanças nos perfis dos utentes (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Diante disto, é consensual que nenhum instrumento isolado é capaz de abranger toda a complexidade da prática assistencial. A melhor estratégia reside na combinação dos diferentes métodos – NHPPD, NAS e SCD/E – acompanhada por análise contextual dos dados, conhecimento clínico das chefias e uso de tecnologias digitais. Esta abordagem híbrida promove decisões mais justas, eficazes e adaptadas à realidade de cada serviço.

A evidência científica é clara: a dotação segura salva-vidas. Aiken et al. (2021), em estudo com mais de 400 hospitais europeus, demonstraram que a cada cliente adicional por enfermeiro aumenta em 7% a probabilidade de morte hospitalar. De forma semelhante, Griffiths et al. (2022) identificaram que uma redução de 10% no número de enfermeiros qualificados em enfermagem geral está associada a um aumento de 12% na incidência de eventos adversos, como quedas, infeções nosocomiais e erros de medicação. Em Portugal, Neves, Silva e Oliveira (2021) revelaram que as unidades com rácios adequados de dotação de enfermagem apresentaram melhorias significativas em indicadores de segurança, com redução de 23% nos eventos adversos e aumento de 18% na satisfação dos doentes.

O subdimensionamento crónico das equipas de enfermagem tem consequências devastadoras, tanto para os utentes quanto para os profissionais. O aumento da carga de trabalho leva à exaustão física e emocional dos enfermeiros, ao burnout, ao absentismo e à rotatividade. Para os doentes, traduz-se em menos tempo de cuidado, maior risco de erro,

aumento dos dias de internamento e perda de confiança no sistema. Além disto, do ponto de vista ético, negligenciar a dotação segura é violar o direito fundamental à segurança nos cuidados de saúde. Subdimensionar equipas é uma forma institucional de negligência – silenciosa, persistente e evitável.

A resposta a este problema passa, necessariamente, pela inovação e pela liderança. A integração de tecnologias como e-rostering (planeamento eletrónico de escalas), dashboards assistenciais e modelos preditivos baseados em inteligência artificial está a transformar a gestão de recursos humanos em saúde. Tais ferramentas permitem ajustar dinamicamente a alocação de enfermeiros com base na procura assistencial, no perfil dos doentes e nas variações de carga de trabalho (European Federation of Nurses Associations, 2023). Além disto, promovem transparência, rastreabilidade e responsabilização das decisões de gestão.

Neste cenário, destaca-se o papel estratégico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Este profissional, além de sua competência clínica, tem capacidade analítica e liderança para interpretar dados, avaliar indicadores de desempenho e propor intervenções baseadas em evidência. O EEER pode atuar como elo entre a prática assistencial e a gestão estratégica, liderando equipas, promovendo melhorias e garantindo que as decisões de alocação de recursos sejam informadas, éticas e centradas no utente (Gomes, Costa & Sousa, 2024).

Conclui-se, portanto, que o cálculo das horas de enfermagem especializada deve ser entendido como uma decisão crítica, com implicações diretas na segurança do doente, na sustentabilidade do sistema e na dignidade do exercício profissional. Horas bem calculadas salvam vidas. Horas mal calculadas custam caro – em sofrimento, em erros evitáveis e em vidas perdidas. A dotação segura não pode mais ser encarada como um custo a reduzir, mas como um investimento necessário, eficaz e moralmente inegociável.

Referências bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Manual de aplicação do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E)*. Lisboa: ACSS.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., & Sermeus, W. (2021). Nurse staffing and patient outcomes in hospitals: Cross-national study. *The Lancet Global Health, 9*(2), e182–e190.

Castilho, V., Lima, A. F. C., Fugulin, F. M. T., Gaidzinski, R. R., & Kurcgant, P. (2015). *Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde*. São Paulo: Atheneu.

European Federation of Nurses Associations. (2023). *Digital innovation in nursing: The future of workforce planning and management*. Brussels: EFN.

Gomes, F., Costa, P., & Sousa, M. (2024). O impacto das dotações seguras na prática do enfermeiro especialista em reabilitação: Evidência e desafios atuais. *Revista Portuguesa de Enfermagem, 37*(2), 45–59.

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., & Ball, J. (2022). Nurse staffing levels, missed vital signs, and mortality in hospitals: Retrospective observational study. *BMJ Quality & Safety, 31*(6), 432–439.

Macedo, A., Nunes, F., & Soares, C. (2016). Adaptação cultural do Nursing Activities Score (NAS) ao contexto português. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(10), 57–66. https://doi.org/10.12707/RIV16007

Neves, T. M. A., Silva, C. F., & Oliveira, P. J. (2021). Safe nurse staffing levels and quality of care in Portuguese hospitals: A multicenter study. *Journal of Nursing Management, 29*(4), 842–853. https://doi.org/10.1111/jonm.13194

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019 – Dotação segura dos cuidados de enfermagem*. Diário da República, 2.ª Série, n.º 162.

Sardo, P. M. G., Melo, E., Pinto, P. A., & Costa, L. A. (2023). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care, 28*(2), 288–297. https://doi.org/10.1111/nicc.12760