Projeto de Resolução n.º 1249/XVII/2.ª

Recomenda ao Governo a valorização das competências dos enfermeiros e o reforço da enfermagem especializada nos Cuidados Primários de Saúde

Exposição de motivos

Uma das principais medidas da reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005 foi a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), "como a unidade nuclear da prestação de cuidados de saúde de proximidade ao cidadão, constituída por uma equipa multiprofissional mínima capaz de garantir (…) um plano assistencial a uma população determinada, ao nível dos cuidados de saúde primários".[1] As USF apresentam-se, assim, como um modelo que responde "com autonomia funcional e técnica às necessidades em saúde da população, valorizando as boas práticas clínicas e contribuindo para maior motivação dos profissionais e satisfação dos utentes".[2]

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também reconhece os Cuidados de Saúde Primários como a "pedra angular" de um sistema de saúde equitativo, resiliente, melhor preparado e sustentável[3], numa abordagem que melhora a experiência dos utentes e a coordenação assistencial, à luz de referenciais de proximidade, continuidade e centralidade do utente e da família.

Em junho de 2026, os dados do Portal da Transparência[4] indicavam 1.672.130 utentes sem Médico de Família atribuído. No mesmo sentido, o recentemente divulgado "Estudo sobre as Unidades Locais de Saúde – 2025"[5], da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), confirma a persistência de assimetrias territoriais relevantes, identificando zonas com desequilíbrios visíveis entre necessidades de cuidados e disponibilidade de profissionais, que resultam numa menor capacidade de resposta.

[1] https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/86-2005-533211
[2] https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2023-858575197
[3] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care
[4] Gráfico — Transparência
[5] https://www.ers.pt/media/zttlvu0x/estudo-uls-2025_pub.pdf

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Palácio de São Bento | 1240-068 Lisboa
213 919 000 | gabinete@ch.parlamento.pt

O relatório "State of Health in the EU | Portugal Perfil de saúde do país 2025"[6], da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, é claro ao assinalar que "as funções avançadas dos enfermeiros (…) continuam pouco desenvolvidas, limitando a capacidade do sistema para responder ao elevado nível de necessidades de saúde não satisfeitas", e identifica Portugal como "um de apenas três países da OCDE em que a enfermagem de prática avançada nos cuidados de saúde primários permanece limitada a pequenos projetos-piloto". Destaca, também, que "alargar o âmbito de prática dos enfermeiros poderia gerar ganhos de produtividade significativos, ao mesmo tempo que reforça a satisfação e retenção dos profissionais".

Assim, sendo o Enfermeiro de Família reconhecido como "o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade"[7] , e em coerência com a matriz multiprofissional das USF, em que a organização do trabalho deve potenciar as competências próprias de cada grupo profissional, considera-se que as capacidades dos enfermeiros especialistas na área dos Cuidados de Saúde Primários estão subaproveitadas.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros[8], "o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (…)". No mesmo sentido, e face à limitação de recursos, o Bastonário da Ordem dos Enfermeiros defendeu recentemente que pudesse ser atribuído um Enfermeiro de Família aos utentes sem Médico de Família, numa perspetiva de combate às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde primários e de otimização das competências destes profissionais.[9]

[6] https://www.oecd.org/content/dam/oecd/pt/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/portugal_6d4acb43/01e93b2b-pt.pdf

[7] https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561

[8] Ordem dos Enfermeiros_Estatuto

[9] https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/enfermeirofamiliasic/

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Palácio de São Bento | 1240-068 Lisboa
213 919 000 | gabinete@ch.parlamento.pt

Além do Enfermeiro de Família, propõe-se a integração funcional nas USF do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) que, não dispondo de listas próprias de utentes ou famílias, assegurariam a vigilância clínica conforme as Normas/Programas da Direção-Geral da Saúde (DGS) aplicáveis e as orientações estratégicas na sua área de competência, respetivamente, saúde da mulher no âmbito do ciclo reprodutivo e saúde da criança desde o nascimento até aos 18 anos.

Neste modelo organizacional, o Enfermeiro de Família surge como elemento central no acompanhamento ao longo do ciclo de vida, procedendo à referenciação interna para o Médico de Família, para o EEESMO ou para o EEESIP, sempre que as necessidades excedam o seu âmbito de intervenção; ou à referenciação externa, formalizada com conhecimento do Médico de Família e de acordo com o protocolo de referenciação aprovado na unidade.

A atribuição da vigilância da saúde da mulher e da saúde infantil aos enfermeiros especialistas poderá, em função das caraterísticas das listas do Médico de Família e do Enfermeiro de Família, traduzir-se numa redução anual de consultas médicas de vigilância, de entre 400 e 530 consultas/ano/médico na área da saúde da mulher e entre 350 e 440 consultas/ano/médico na área da saúde infantil (excluindo consultas por doença). [10]

Com esta reorganização, Enfermeiros e Médicos de Família ganham margem para orientar a intervenção para novos utentes e/ou reforçar programas de prevenção da doença, promoção de saúde e acompanhamento de doenças crónicas, como a Hipertensão Arterial, Diabetes, entre outras, alinhados com evidência de efetividade de intervenções lideradas por enfermeiros na gestão da hipertensão[11].

[10] Nurses as substitutes for doctors in primary care - PMC (nih.gov)

[11] Effectiveness of nurse-led interventions versus usual care to manage hypertension and lifestyle behaviour: a systematic review and meta-analysis | European Journal of Cardiovascular Nursing | Oxford Academic

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Palácio de São Bento | 1240-068 Lisboa
213 919 000 | gabinete@ch.parlamento.pt

Com base nas competências devidamente reguladas, o EEESIP pode assegurar consultas de Saúde Infantil e Juvenil, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, incluindo avaliação de crescimento e desenvolvimento (com registo em suportes próprios e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil [BSIJ]), quando o crescimento se verifique saudável e dentro dos padrões, implicando isto a aplicação da escala de rastreio de Mary Sheridan modificada nas idades preconizadas.

Este acompanhamento inclui não só o crescimento e desenvolvimento infantil, mas ainda a promoção de comportamentos protetores, bem como a promoção de imunização (através do Plano Nacional de Vacinação [PNV]), saúde oral e prevenção de perturbações emocionais/comportamentais e de maus-tratos.

Em relação ao EEESMO, o Despacho n.º 1572/2026, de 9 de fevereiro[12] [13], que "Cria e define os princípios orientadores para a implementação de um projeto de acompanhamento da gravidez de baixo risco nos cuidados de saúde primários", surge após aprovação na Assembleia da República, em julho de 2025, do Projeto de Resolução n.º 131/XVII/1 do CHEGA, que recomendava ao Governo a "otimização do serviço prestado pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica no Serviço Nacional de Saúde". No mesmo sentido, a própria Ordem dos Enfermeiros também propôs que as grávidas de baixo risco passassem a ser acompanhadas por enfermeiros especialistas nos centros de saúde onde exista falta de médicos de família, com o objetivo de "reforçar a acessibilidade e a equidade no acesso à vigilância da gravidez de baixo risco", promovendo a continuidade dos cuidados e assegurando "cuidados de saúde seguros"[14].

Esta alteração na abordagem à prestação de cuidados nos Cuidados de Saúde Primários permite não apenas uma melhor gestão dos recursos especializados, ajustando-os às reais necessidades e garantindo uma assistência atempada e adequada a todas as

[12] https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1572-2026-1041066659

[13] https://observador.pt/2026/03/16/enfermeiros-especialistas-acompanham-gravidez-de-baixo-risco-e-em-12-unidades-locais-de-saude/

[14] Grávidas de baixo risco acompanhadas por enfermeiros – Observador

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Palácio de São Bento | 1240-068 Lisboa
213 919 000 | gabinete@ch.parlamento.pt

situações, mas também se revela uma medida estratégica para garantir a eficiência e a sustentabilidade do SNS, num momento em que a gestão eficaz dos recursos humanos se torna fundamental para o futuro dos sistemas de saúde.

Assim, pelo exposto e nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do CHEGA recomendam ao Governo que:

1. Adote e promova, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, um modelo organizativo nas USF que reconheça o Enfermeiro de Família como gestor do processo assistencial centrado no utente e na família, com fluxos de referenciação interna e externa formalizados e auditáveis, garantindo continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida.
2. Garanta a integração funcional dos EEESIP nas USF, assegurando que a vigilância de saúde infantil/juvenil, de acordo com as normas e programas da DGS e com os regulamentos de competências da Ordem dos Enfermeiros.
3. Defina, por orientação técnica nacional (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - SPMS/DGS/Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS), um circuito padrão de referenciação interna (Enfermeiro de Família → Médico de Família/EEESMO/EEESIP) e externa (para cuidados hospitalares e outros), com critérios clínicos mínimos, prazos, retorno de informação e responsabilidades explícitas.
4. Assegure que os enfermeiros especialistas dispõem de acesso pleno e adequado aos sistemas de informação e aos procedimentos administrativos necessários ao exercício das suas competências, incluindo registos clínicos interoperáveis e capacidade operacional para emitir atos administrativos previstos em norma e protocolo institucional, eliminando constrangimentos burocráticos que inviabilizem a efetividade do modelo.
5. Publique orientações de dimensionamento de atividade assistencial para EEESIP e EEESMO adaptadas à realidade das unidades, articuladas com as dotações seguras definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Palácio de São Bento | 1240-068 Lisboa
213 919 000 | gabinete@ch.parlamento.pt

6. Reforce a contratação, retenção e distribuição territorial de enfermeiros especialistas (EEESIP e EEESMO), através de incentivos objetivos (progressão, mobilidade, majorações em zonas carenciadas, contratação célere), garantindo que a reforma organizativa não fica comprometida.
7. Crie um quadro de monitorização nacional, com metas anuais e publicação de resultados por Unidade Local de Saúde (ULS)/USF.
8. Promova formação padronizada e certificada para equipas multiprofissionais (médicos, enfermeiros, administrativos) sobre o novo modelo.
9. Garanta que qualquer alteração de organização respeita integralmente os regulamentos profissionais aplicáveis (competências e dotações seguras), e determina que as ULS integrem estas exigências em planos de recursos humanos e contratos-programa, com responsabilidade executiva clara.

Palácio de São Bento, 18 de setembro de 2026

Os Deputados do Grupo Parlamentar do CHEGA

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA
Palácio de São Bento | 1240-068 Lisboa
213 919 000 | gabinete@ch.parlamento.pt