



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Qualificação da força de trabalho da saúde:
Uma análise comparativa da política de formação
de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada
em Portugal em 2010

André Beja

Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Saúde Internacional,
Especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento

JUNHO DE 2022



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Qualificação da força de trabalho da saúde:
Uma análise comparativa da política de formação de Técnicos
Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010.

Autor: André Beja

Orientador: Professor Doutor Paulo Ferrinho

Coorientador: Professor Doutor Tiago Correia

Dissertação apresentada no cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade em
Políticas de Saúde e Desenvolvimento

Uma empregada servia o café. Reparei nela pela primeira vez. Há pessoas que nunca chegamos a ver. Vê-las exige um considerável esforço de atenção. Adiante. O poeta pediu licença e levantou-se. Regressou dali a instantes com um livro nas mãos.

José Eduardo Agualusa,

In Milagrário Pessoal

Elementos bibliográficos resultantes da dissertação

Artigo

Beja A, Craveiro I, Correia T, Guerreiro CS, Ferrinho P. Auxiliares de saúde em Portugal: evolução do perfil, atividade e formação no setor público entre 1971 e 2019. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. outubro de 2020;19:97–106.

Participação em iniciativas de divulgação científica

Comunicação oral

- Trainees who started and completed HCA training in Portugal between 2011 and 2018: how many, who and where are they?
 - EUPHA section Health Workforce Research Mid-term Conference. Cluj, Roménia, junho de 2020 (evento decorreu por vídeo conferência)

Beja A, Craveiro I, Correia T, Ferrinho P. Trainees who started and completed HCA training in Portugal between 2011 and 2018: how many, who and where are they? (oral presentation). Em: *Book of abstracts – How to make a future health workforce happen? Policy, practice and people*. Cluj: EUPHA HWR Section; Babes-Bolyai University; 2020. P. 18.
- Qualificação da força de trabalho da saúde: contributo para o estudo da evolução do perfil, formação e atividade dos auxiliares de saúde em Portugal entre 1971 e 2017.
 - Xª Jornadas Científicas do IHMT/NOVA. Lisboa, dezembro de 2019

Beja A, Correia T, Craveiro I, Ferrinho P. Qualificação da força de trabalho da saúde: contributo para o estudo da evolução do perfil, formação e atividade dos auxiliares de saúde em Portugal entre 1971 e 2017 (apresentação oral). Em: *Livro de Resumos das Xas Jornadas Científicas do IHMT* [Internet]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2019. P. 25.

Apresentação de póster

- Alinhamento da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde com as recomendações de especialistas para reforço da atividade e treino de Auxiliares de Saúde na União Europeia.
 - XIIª Jornadas Científicas do IHMT/NOVA (evento decorreu por vídeo conferência). Lisboa, dezembro de 2021

Beja A, Correia T, Craveiro I, Ferrinho P. Alinhamento da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde com as recomendações de especialistas para reforço da atividade e treino de Auxiliares de Saúde na União Europeia. Em: *Livro de Resumos das XII Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* [recurso eletrónico]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2021 [citado 10 de dezembro de 2021]. P. 35.

- Formandos que iniciaram e concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 em Portugal: Quantos são, quem são e onde estão?
 - XIª Jornadas Científicas do IHMT/NOVA (evento decorreu por vídeo conferência). Lisboa, dezembro de 2020

Beja A, Correia T, Craveiro I, Ferrinho P. Formandos que iniciaram e concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 em Portugal: Quantos são, quem são e onde estão? Em: Livro de Resumos das XI Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical [recurso eletrónico]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2020. P. 32.
- Perfil, formação e atividade dos Auxiliares de Saúde na Europa; uma revisão integrativa da literatura (2007/2017).
 - IXª Jornadas científicas do IHMT-NOVA. Lisboa, dezembro de 2018

Beja A, Craveiro I, Oliveira APC de, Ferrinho P. Perfil, formação e atividade dos Auxiliares de Saúde na Europa; uma revisão integrativa da literatura (2007/2017). Em: 9as Jornadas científicas do IHMT – Livro de Resumos [Internet]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2018. P. 24.
- Profile, education and activity of the Healthcare Assistants in Europe: A integrative literature review.
 - 17th ESHMS biennial conference | Old Tensions, Emerging Paradoxes in Health: Rights, Knowledge, and Trust. Lisboa, junho de 2018.

Beja A, Craveiro I, Oliveira APC de, Ferrinho P, Correia T, Carvalho da Silva V. Profile, education and activity of the Healthcare Assistants in Europe: A integrative literature review (abstract of a poster). Em: Book of abstracts of the 17th ESHMS biennial conference | Old Tensions, Emerging Paradoxes in Health: Rights, Knowledge, and Trust [Internet]. Lisboa: CIES, ISCTE-IUL; 2018. P. 240–1.
- Qualificação da força de trabalho da saúde: Uma análise comparativa da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010.
 - VIIIª Jornadas Científicas do IHMT-NOVA. Lisboa, dezembro de 2017.

Beja A, Correia T, Craveiro I, Ferrinho P. Qualificação da força de trabalho da saúde: contributo para o estudo da evolução do perfil, formação e atividade dos auxiliares de saúde em Portugal entre 1971 e 2017 (apresentação oral). Em: Livro de Resumos das Xas Jornadas Científicas do IHMT [Internet]. Lisboa: IHMT-NOVA; 2019. P. 25.

Outros

- Auxiliares de Saúde em Portugal: Quem são? Quantos são? Onde estão?
 - Comunicação oral (Vídeo pré gravado) apresentada no I encontro Nacional dos Técnicos Auxiliares de Saúde. Covilhã, Maio de 2022
- Beja A. Assistentes Operacionais: Invisíveis, mas imprescindíveis. Diário de Notícias, edição Online. 21 de abril de 2020; Disponível em: <https://www.dn.pt/opiniao/opiniao-dn/convidados/assistentes-operacionais-invisiveis-mas-imprescindiveis-12099537.html>

Às Auxiliares de Saúde e aos Auxiliares de Saúde,
Tantas vezes invisíveis, sempre imprescindíveis.

À Professora Zulmira Hartz,
Que na ideia vaga viu a possibilidade de um caminho e
disse: *Vai minino!*

Agradecimentos

Aos orientadores e equipa tutorial, pelo apoio e incentivo

Ao Professor Doutor Paulo Ferrinho

Ao Professor Doutor Tiago Correia

À Professora Doutora Isabel Craveiro

À Professora Doutora Lucília Nunes

À minha família

Filomena e ao Joaquim agradeço os genes e os livros

Estendo este agradecimento ao Artur, à Leonor e à Catarina

À Celina, que não larga o leme

À Marta, à Sofia, ao Tiago e ao Álvaro

À Sónia, ao Miguel e ao Rui

À Lena e ao Filipe

A quem me deu tantas vezes a mão nesta caminhada

Ao Vasco Ramos, pelas boas ideias e pelos muitos kms corridos a ouvir falar disto

À Cátia Sá Guerreiro, pela disponibilidade para partir pedra e apoio permanente

À Ana Cristina Garcia, à Ana Paula Oliveira e à Daniela Alves, que também deram ajudas preciosas

Aos amigos e amigas que estão sempre aqui

Mafalda Henriques, Emília Henriques Leite, Eduardo Leite, Sónia Gouveia,
Enrico Vianini, Rita Simões e Júlia Simões Vianini.

À Ana Marques, ao Gilles Arnaud, à Clara e à Alice.

Ao Paolo Battino e à Andreia Carvalho.

Aos a às colegas do IHMT

À Equipa do Centro de Vacinação Covid de Ouressa, que me acolheu e, mesmo não sabendo, me ajudou a chegar aqui.

Agradeço ainda a tantos e tantas que, ao longo de todo este tempo, me incentivaram, ajudaram, acarinharam, animaram e comigo partilharam tantas coisas importantes...

RESUMO

Os Auxiliares de Saúde (AS) são determinantes no funcionamento e sustentabilidade dos sistemas de saúde europeus, constituindo parte considerável, desconhecida e em expansão da força de trabalho. Com a adoção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde (TAS), Portugal fixou um quadro de referência nacional do seu perfil, atividade e formação, introduzindo mudanças com impacto tanto nos cuidados como no planeamento e gestão deste segmento da força de trabalho que importa compreender.

Esta investigação teve por objetivo geral *contribuir para o conhecimento da força de trabalho da saúde pela análise do processo de criação e implementação da qualificação de TAS adotada em Portugal em 2010*. Foi orientada por um modelo teórico que integrou elementos do triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson, aspetos estruturais na relação dos Recursos Humanos com as funções do sistema de saúde e fatores determinantes da oferta de trabalhadores da saúde.

Foi conduzido um estudo de caso sobre esta estratégia, que incorporou duas unidades análise, centradas i) no contexto dos AS em Portugal e ii) na criação e implementação da qualificação. Os dados foram obtidos por análise aos conteúdos de entrevistas a participantes neste processo e de documentos relevantes identificados na investigação, complementada por consulta pontual a informadores-chave. Foram analisados dados secundários sobre os AS integrados no mercado de trabalho e sobre a formação de TAS. Complementarmente, fez-se revisão de literatura sobre AS para identificar evidência usada na interpretação de resultados.

Foi possível reconstituir o percurso dos AS na história recente do sistema de saúde português (1971-2019) e fazer uma descrição inédita do contingente de AS a operar no mercado de trabalho em 2018, fundamentais para compreender este segmento da força de trabalho e o contexto em que a política surge e é implementada.

Ficam descritos os conteúdos da qualificação, bem como o seu forte alinhamento com as recomendações de especialistas para reforçar atividade e formação de AS na União Europeia.

Da análise ao processo de criação da qualificação, emergem o seu enquadramento na política de saúde, educação e emprego do país, bem como os objetivos de criação da qualificação e uma compreensão sobre a forma como diferentes atores aturam e se

posicionaram neste processo, bem como a sua opinião sobre aos resultados alcançados, nomeadamente ganhos e insuficiências da qualificação. São apresentados uma descrição da oferta formativa criada por todo o país e um retrato do perfil dos TAS formados entre 2011 e 2018.

Este estudo dá contributos relevantes para contrariar a invisibilidade que marca a atividade dos AS portugueses, contribuindo para fixar a memória do seu percurso nas últimas décadas e apresentando um retrato até agora desconhecido destes trabalhadores.

Com a adoção da qualificação surgiram condições para desenvolver uma oferta formativa inovadora e inexistente, orientada para as necessidades e desafios que os sistemas de saúde do país e da europa enfrentam. O investimento na formação não está a ser orientado por uma perspetiva estratégica de planeamento de recursos humanos da saúde, nem acompanhado de medidas para atrair e reter os AS qualificados.

Palavras Chave (4)

Técnico Auxiliar de Saúde

Auxiliar de Saúde

Recursos Humanos da Saúde

Análise de políticas de Saúde

ABSTRACT

Healthcare Assistants (HCA) are crucial to the functioning and sustainability of European health systems, constituting a considerable, unknown and expanding part of the health workforce. With the adoption of the Técnico Auxiliar de Saúde (TAS) qualification, Portugal established a national framework of their profile, activity and training. Therefore, the impact on health care delivery as well as on planning and management of human resources regarding this workforce needs to be understood.

This research aimed to contribute to the knowledge of the health workforce by analysing the process of creation and implementation of the TAS qualification adopted in Portugal in 2010. It was guided by a theoretical model that integrated elements of Walt and Gilson's triangle of policy analysis, structural aspects in the relationship between Human Resources and the functions of the health system, and determinants of the supply of health workers.

A case study was conducted on this strategy, which incorporated two units of analysis, focused on 1) the context of HCA in Portugal and 2) the creation and implementation of the qualification. Data was obtained through content analysis of interviews with participants in this process and relevant documents identified in the research, complemented by spot consultation with key-informants. Secondary data on HCA integrated in the labour market and on the training of TAS was analysed. In addition, literature review on HCA was carried out to identify evidence used in the interpretation of results.

It was possible to reconstruct the path of HCA in the recent history of the Portuguese health system (1971-2019) and provide an unprecedented description of the HCA operating in the labour market. Tracing their careers was fundamental to understand this group and the context in which the policy emerged and was implemented.

The contents of the 2010 qualification framework are described, as well as its strong alignment with European Union expert recommendations on bolstering the role and training of HCA.

The study focuses first on the analysis of the creation of the qualification process in the context of Portugal's health, education and employment policies; secondly on the

objectives of creating the qualification; thirdly, on understanding how different actors positioned themselves in this process, namely their opinion on the achieved results, including perceived gains and shortcomings of the qualification. Finally, a description of the training offer created throughout the country and a portrait of the profile of the HCA trained between 2011 and 2018 is presented.

This study provides relevant contributions to counteract the invisibility that marks the work of Portuguese HCAs, recording the memory of their path in recent decades and presenting a previously unknown portrait of this group of workers.

The adoption of the 2010 qualification scheme led to an innovative offer, which supplemented a pre-existing training gap, aimed at the needs and challenges of the health systems in Portugal and Europe. However, this study concludes that investment in training is not driven by a strategic perspective of health human resources planning, nor is it accompanied by measures to attract and retain qualified workers.

Key words (5)

Human Resources for Health

Healthcare Assistants

Health Care Assistants

Health Support Workers

Health Policy Analysis

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
1.1 Estado da arte.....	3
1.1.1 Políticas de saúde	3
1.1.2 Política, políticas e políticas públicas.....	3
1.1.2.1 Os Recursos Humanos e políticas de saúde	4
1.1.2.2 Análise de políticas de saúde	5
1.1.2.3 Triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson.....	6
1.1.3 Recursos Humanos da Saúde.....	7
1.1.3.1 Profissões e ocupações no sector da saúde.....	8
1.1.3.2 Trabalhadores com funções auxiliares nos serviços de saúde.....	10
1.1.3.3 Auxiliares dos enfermeiros	11
1.1.3.4 Auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde	12
1.1.4 Mercado de trabalho na saúde	14
1.1.4.1 Procura, oferta e necessidade de profissionais	14
1.1.4.2 Escassez e excesso	16
1.1.4.3 O crescimento do mercado de trabalho da saúde	17
1.1.4.4 Planeamento da força de trabalho da saúde	17
1.1.5 Qualificação de trabalhadores de nível não superior em Portugal.....	18
1.1.5.1 O Sistema Nacional de Qualificações	19
1.1.6 Força de trabalho da saúde em Portugal	21
1.1.6.1 Auxiliares de Saúde.....	21
1.1.6.2 Os Técnicos Auxiliares de Saúde.....	25
1.2 Modelo teórico do estudo.....	26
1.2.1 Objetivo geral	27
1.2.2 Objetivos específicos.....	28
2. Material e métodos	29
2.1 Paradigma de análise e desenho da investigação	29
2.2 Revisão integrativa da literatura	30
2.2.1 Quadro conceptual da revisão.....	31
2.2.2 Procedimentos	32
2.3 Estudo de Caso.....	36
2.3.1 Entrevistas aos atores envolvidos na criação da qualificação.....	37
2.3.2 Consulta a informadores-chave	41
2.3.3 Análise documental	42
2.3.4 Análise de dados quantitativos secundários	44
2.3.4.1 Dados secundários relativos aos auxiliares de saúde presentes no mercado de trabalho.....	45
2.3.4.2 Dados secundários relativos aos formandos que iniciaram e concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018.....	49
2.4 Questões ética e conflito de interesses.....	50
3. Resultados e discussão	53
3.1 Auxiliares de Saúde na Europa: uma síntese da literatura (2007-2016)	54
3.1.1 Caracterização dos documentos selecionados para revisão.....	54
3.1.1.1 Abordagem analítica	55
3.1.1.2 Objeto de estudo.....	56
3.1.1.3 Contextos de atuação dos Auxiliares de Saúde.....	57
3.1.2 Síntese temática	58
3.2 Técnico Auxiliar de Saúde: Cronologia e entidades envolvidas na conceção da qualificação	60
3.2.1 Cronologia Breve.....	60

3.2.2 Entidades envolvidas	62
3.2.2.1 Atores entrevistados: participação e agenda	65
3.3 Técnico Auxiliar de Saúde: Contexto de criação e implementação da qualificação	76
3.3.1 Trabalhadores de apoio à prestação de cuidados nos serviços de saúde em Portugal	76
3.3.2 Auxiliares de Saúde na estrutura das profissões e ocupações	77
3.3.2.1 Um quadro de referência nacional para a atividade e formação dos auxiliares de saúde	80
3.3.2.2 Os Auxiliares de Saúde nas carreiras dos trabalhadores da saúde	83
3.3.3 Auxiliares de Saúde em Portugal: uma caracterização em 2018	103
3.3.3.1 Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais.....	103
3.3.3.2 Auxiliares de saúde ao serviço de entidades dos setores privado e social	109
3.3.3.3 Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais portugueses e de outras entidades dos setores privado e social	119
3.3.3.4 Auxiliares de Saúde no setor público	124
3.4 Técnico Auxiliar de Saúde: Conteúdos da qualificação	129
3.4.1 Descrição da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde.....	130
3.4.1.1 Perfil Profissional.....	130
3.4.1.2 Atividade.....	130
3.4.1.3 Formação.....	134
3.4.2 A qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde à luz das recomendações de especialistas para formação e utilização de Auxiliares de Saúde na Europa	141
3.5 Técnico Auxiliar de Saúde: Criação e implementação da qualificação	154
3.5.1 Processo de criação da Qualificação	154
3.5.1.1 Enquadramento na estratégia de recursos humanos do Ministério da Saúde	155
3.5.1.2 Descrição do processo.....	160
3.5.1.3 Opinião dos atores entrevistados sobre o processo	170
3.5.1.4 Operacionalização e acompanhamento da implementação da qualificação	181
3.5.2 Opinião dos atores entrevistados sobre a qualificação aprovada.....	184
3.5.2.1 Ganhos reconhecidos	185
3.5.2.2 Questões em aberto	187
3.5.2.3 Perspetivas sobre o futuro da qualificação.....	191
3.5.3 Formação de Técnicos Auxiliares de Saúde entre 2011 e 2018	197
3.5.3.1 Formandos que iniciaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde (2011-2018)	198
3.5.3.2 Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde (2012 – 2018)	204
4. Considerações finais.....	210
4.1 Contributo inovador e original para o conhecimento do objeto de estudo.	210
4.2 Sobre os objetivos da investigação	215
4.3 Sobre a adequação do modelo teórico do estudo	217
5. Referências	220
6. Anexos.....	242

Lista de tabelas

Tabela 1 - Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Saúde: Descrição de atividade inscrita na International Standard Classification of Occupations (ISCO 08)	13
Tabela 2 - Revisão integrativa de literatura: Critérios de inclusão e exclusão de documentos...	33
Tabela 3 - Revisão integrativa de literatura: palavras-chave e descritores utilizados na pesquisa	33
Tabela 4 - Estudo de caso: Atores entrevistados para colheita de dados	39
Tabela 5 - Estudo de caso: Informadores-chave consultados durante a investigação	42
Tabela 6 - Registos selecionados para revisão: Contexto de atuação dos Auxiliares de Saúde (N=95).....	57
Tabela 7 - Registos selecionados para revisão: País abordado (N=95).....	58
Tabela 8 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde: Entidades envolvidas nas etapas de coordenadas pela ACSS (2008-2010)	64
Tabela 9 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde: Entidades envolvidas nas etapas coordenadas pela ANQ (2009- 2010)	65
Tabela 10 - Trabalhadores com funções de auxiliar de saúde nas diferentes Classificações de Profissões em Portugal.....	79
Tabela 11 - Perfil e atividade dos empregados e vigilantes com funções de auxiliar de saúde no setor privado (1986-2010).....	95
Tabela 12 - Perfil e atividade dos auxiliares de saúde no setor privado (2010-2019).....	97
Tabela 13 - Perfil e Funções dos auxiliares de saúde nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (1985 -2019).....	100
Tabela 14 - Evolução anual do número de Auxiliares de Saúde ao serviço nos Hospitais em Portugal (2011 - 2018)	104
Tabela 15 - Auxiliares de Saúde ao serviço nos hospitais portugueses em 31-12 -2018 (Por NUT I, sexo e tipo de hospital)	107
Tabela 16 - Número médio de Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais portugueses por 100.000 habitantes em 2018 (NUT I e II)	108
Tabela 17 - Rácio de Auxiliares de Saúde por Enfermeiro ao serviço dos hospitais portugueses em 2018 (NUT I e II)	108
Tabela 18 - Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas por sexo e nacionalidade (Portugal 2011 -2018)	110
Tabela 19 - Distribuição por escalões etários e média de idades dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)	112
Tabela 20 - Nível de escolaridade completo dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)	114
Tabela 21 - Remuneração média e período de trabalho semanal dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)	115
Tabela 22 - Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas em 2018.....	117
Tabela 23 - Distribuição dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas em 2018 (por NUT II e por 100.000 habitantes)	118
Tabela 24 - Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais públicos e de entidades privadas em Portugal em 2018	119
Tabela 25 - Distribuição dos Auxiliares do Saúde ao serviço dos hospitais com gestão pública e de outras entidades privadas em 2018 pelo território (NUT II)	120
Tabela 26 - Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais públicos e de entidades privadas em Portugal em 2018: Distribuição geográfica (NUT II), razão por 100.000 habitantes e por enfermeiro	121
Tabela 27 - Evolução do contingente de Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais e de outras entidades privadas entre 2015 e 2018 (total, por sexo e por tipo de entidade).....	123
Tabela 28 - Contexto dos Auxiliares de Ação Médica na força de trabalho do SNS (2011-2018)	126

Tabela 29 - Evolução da estrutura etária dos Auxiliares de Ação Médica entre 2011 e 2014..	127
Tabela 30 - Evolução dos níveis de escolaridade dos Auxiliares de Saúde ao serviço do SNS entre 2011 e 2014.....	129
Tabela 31 - Intervenções inscritas no Quadro Funcional do Técnico Auxiliar de Saúde	132
Tabela 32 - Modalidades de formação em que se processa a oferta do curso de Técnico Auxiliar de Saúde.....	136
Tabela 33 - Alinhamento da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde com as recomendações do projeto “Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators”	146
Tabela 34 - Objetivo, Atividades e Processos da Área de Intervenção Estratégica Recursos Humanos da ACSS (2008-2010).....	157
Tabela 35 - Referências à estratégia de regulação da formação dirigida a profissionais da saúde detentores de baixas qualificações nos planos de atividades da ACSS (2008-2012).....	159
Tabela 36 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde na perspetiva dos atores envolvidos: aspetos positivos e facilitadores, aspetos negativos, negativos e pontos de tensão associados ao processo.....	171
Tabela 37 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde na perspetiva dos atores envolvidos: Ganhos reconhecidos, questões em aberto e perspetivas sobre o futuro da qualificação	185
Tabela 38 - Modalidades de formação em que se processa a oferta do curso de Técnico Auxiliar de Saúde	198
Tabela 39 - Formandos que iniciaram curso de Técnico Auxiliar de Saúde na rede escolar entre 2011 e 2018, por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II).....	200
Tabela 40 - Formandos que iniciaram curso de Técnico Auxiliar de Saúde nos centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional entre 2011 e 2018 por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II).	201
Tabela 41 - Formandos que iniciaram Curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018, por sexo e modalidade de formação frequentada	204
Tabela 42 - Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde na rede escolar entre 2012 e 2018, por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II).....	206
Tabela 43 - Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde nos centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional entre 2012 e 2018 por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II)	207
Tabela 44 - Formandos que concluíram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por sexo e modalidade de formação frequentada)	208

Lista de figuras

Figura 1 - Triângulo de Análise de Políticas de Walt e Gilson.....	7
Figura 2 - Determinantes da oferta de Recursos Humanos da Saúde	15
Figura 3 - Componentes das qualificações do Catálogo Nacional de Qualificações	20
Figura 4 - Modelo teórico do estudo.....	27
Figura 5 - Desenho do estudo: Integração dos objetivos específicos da investigação	30
Figura 6 - Revisão integrativa de literatura: seleção de documentos para revisão.....	35
Figura 7 - Estudo de Caso: estratégia de recolha e análise de dados	37
Figura 8 - Estrutura do capítulo de apresentação e discussão de resultados e sua relação com o desenho do estudo	53
Figura 9 - Registos selecionados para revisão por tipo e ano de publicação (N= 95).....	55

Figura 10 - Registos selecionados para revisão: paradigma de análise (N=95).....	56
Figura 11 - Registos selecionados para revisão: posição dos Auxiliares de Saúde na análise realizada (N=95)	56
Figura 12 - Registos selecionados para revisão: tema principal do registo (N=95).....	59
Figura 13 - Auxiliares de Saúde na Europa: síntese de evidência a partir da literatura (início de 2007 - final de 2016).....	60
Figura 14 - Processo de criação e introdução da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde no Catálogo Nacional de Qualificações.	61
Figura 15 - Participação dos atores entrevistados nas diferentes etapas do processo	66
Figura 16 - Evolução do perfil, atividade e formação dos Auxiliares de Saúde no setor público da saúde em Portugal (1971 – 2019).....	85
Figura 17 - Evolução do perfil, atividade e formação dos Auxiliares de Saúde no setor privado em Portugal (1971 - 2019)	93
Figura 18 - Evolução do perfil, atividade e formação dos Auxiliares de Saúde no setor social (1971-2019).....	98
Figura 19 - Evolução do número de Auxiliares de Saúde ao serviço nos hospitais em Portugal entre 2011-2018 (total e por sexo)	105
Figura 20 - Comparação entre a evolução do número total de trabalhadores e o número total de auxiliares de saúde ao serviço dos hospitais portugueses (2011-2018)	106
Figura 21 - Evolução do número de Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas 2011-2018 (total e por sexo)	109
Figura 22 - Nível de escolaridade completo dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)	113
Figura 23 - Comparação da evolução do salário mínimo nacional e do salário base (médio) dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas entre 2011 e 2018	116
Figura 24 - Evolução do contingente de Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais e de outras entidades privadas entre 2015 e 2018 (total e por sexo)	122
Figura 25 - Evolução do número de assistentes operacionais e de trabalhadores do SNS entre 2011 e 2018.....	125
Figura 26 - Evolução dos níveis de escolaridade dos Auxiliares de Saúde ao serviço do SNS entre 2011 e 2014.....	128
Figura 27 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde: elaboração das propostas de referencial pela ACSS	162
Figura 28 - Conceção da qualificação de TAS: trabalho realizado no âmbito na ANQ e integração no Catálogo Nacional de Qualificações	168
Figura 29 - Número de formandos que incitaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (total por ano e cumulativo)	199
Figura 30 - Formandos que iniciaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e sexo).....	202
Figura 31 - Formandos que iniciaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e região)	203
Figura 32 - Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e valor acumulado)	205
Figura 33 - Formandos que concluíram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e região)	209

Lista de Siglas

AAM	Auxiliar de Ação Médica
ACSS IP (ou ACSS)	Administração Central do Sistema de Saúde - Instituto Público
AE	Ajudante de Enfermaria
AML	Área Metropolitana de Lisboa
ANPC	Autoridade Nacional de Proteção Civil
ANQ IP (ou ANQ)	Agência Nacional para a Qualificação - Instituto Público
ANQEP	Agência Nacional para a Qualificação e Ensino Profissional
AO	Assistente Operacional
AS	Auxiliar de Saúde
ATSGS	Associação de Trabalhadores dos Serviços Gerais de Saúde
BM	Banco Mundial
BTE	Boletim do Trabalho e do Emprego
CAE	Código de Atividade Económica
CAP	Certificado de Aptidão Profissional
CCP	Confederação do Comércio e Serviços de Portugal
CE	Comissão Europeia
CEE	Comunidade Económica Europeia
CGTP	Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CITP	Classificação Internacional Tipo de Profissões
CNIS	Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade
CNO	Centro Novas Oportunidades
CNP	Classificação Nacional de Profissões
CNQ	Catálogo Nacional de Qualificações
CPP	Classificação Portuguesa de Profissões
CSQ	Conselho Setorial da Qualificação
DGEEC	Direção-Geral de Estatísticas do Ensino e da Ciência
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DR	Diário da República
ECTS	European Credit Transfer System
EFA	Educação e Formação de Adultos
EQAVET	Quadro de Referência Europeu de Garantia da Qualidade para o Ensino e a Formação Profissionais
FEDER	Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
FPCT	Formação Profissional em Contexto de Trabalho
FSE	Fundo Social Europeu
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
ILO	International Labour Organisation
INA	Instituto Nacional da Administração
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INO	Iniciativa Novas Oportunidades
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social IPSS

ISCO _____	International Standard Classification of Occupations
ISS _____	Instituto da Segurança Social
MS _____	Ministério da Saúde
NUT _____	Nomenclatura das Unidades Territoriais
NUT II _____	Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de segundo nível
OCDE _____	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS _____	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE _____	Objetivo Específico
OIT _____	Organização Internacional do Trabalho
OMS _____	Organização Mundial da Saúde
ONU _____	Organização das Nações Unidas
PAF _____	Prova de Avaliação Final
PAP _____	Prova de Aptidão Profissional
PIDDAC _____	Programa de Investimento e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
PNS _____	Plano Nacional de Saúde
POAT _____	Programa Operacional de Assistência Técnica
POPH _____	Programa Operacional do Potencial Humano
PPP _____	Parceria Público-Privada
QEQ _____	Quadro Europeu de Qualificações
QNQ _____	Quadro Nacional de Qualificações
RAA _____	Região Autónoma dos Açores
RAM _____	Região Autónoma da Madeira
RH _____	Recursos Humanos
RHS _____	Recursos Humano da Saúde
RNCCI _____	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RVCC _____	Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências
SANQ _____	Sistema de Antecipação de Qualificações
SCML _____	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SIGO _____	Sistema de Informação e Gestão da Oferta Educativa e Formativa
SNQ _____	Sistema Nacional de Qualificações
SNS _____	Serviço Nacional de Saúde
SRAP _____	Sistema de Regulação de Acesso às Profissões
SRECTGRA _____	Secretaria Regional da Educação e Cultura do Governo Regional dos Açores
SRECTGRM _____	Secretaria Regional de Educação, Ciência e Tecnologia do Governo Regional da Madeira
TAS _____	Técnico Auxiliar de Saúde
TIC _____	Tecnologias da Informação e Comunicação
UA _____	Unidade de Análise
UE _____	União Europeia
UFCD _____	Unidade de Formação de Curta Duração
UGT _____	União Geral dos Trabalhadores

1. Introdução

Os recursos humanos constituem a coluna vertebral de qualquer sistema de saúde, pois são quem garante o seu funcionamento, consolidação e desenvolvimento, através da atividade clínica e de investigação, bem como do desempenho de outras funções em instituições, organizações, programas de saúde ou intervenções mais específicas (1–4).

As mudanças demográficas, sociais, epidemiológicas e tecnológicas verificadas nas primeiras décadas do século XXI permitem antever a expansão do mercado de trabalho da saúde, encontrando-se o seu potencial de crescimento ameaçado pela carência de mão-de-obra especializada e por dificuldades na sua formação e distribuição. Perante este cenário, diversos investigadores, especialistas e organismos como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Banco Mundial (BM), a União Europeia (UE) ou a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) defendem e procuram impulsionar um investimento prioritário e urgente em políticas orientadas para o planeamento e gestão da força de trabalho da saúde a nível global, fundamentais para a garantir sustentabilidade e alcançar os objetivos dos sistemas de saúde (5,3,6).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os auxiliares de saúde são trabalhadores que prestam cuidados pessoais diretos ou de assistência nas atividades da vida diária a pessoas em diferentes contextos, tais como hospitais, clínicas e unidades residenciais. A sua atividade contempla a implementação de um conjunto de técnicas ou de intervenções preestabelecidas, sendo realizada sob supervisão direta de enfermeiros, médicos ou de outros profissionais mais qualificados (7). Dada a natureza da atividade destes trabalhadores e o papel estruturante que desempenham nas equipas de saúde e nos diferentes serviços e instituições, vários especialistas têm vindo a enfatizar a necessidade de um reforço de políticas para garantir e enquadrar a formação, qualificação e atividade dos auxiliares de saúde, bem como de se olhar com atenção para o seu desempenho e distribuição (8–10).

Em Portugal, como noutros países europeus, os trabalhadores que desempenham funções de auxiliar de saúde constituem um grupo extenso e pouco conhecido (11). Apesar de serem parte considerável da força de trabalho da saúde, não é fácil identificar elementos para a sua caracterização ou estudos sobre o seu papel, atividade ou percurso na história recente do sistema de saúde português (12–14), um vazio de evidência que espelha bem

Introdução

uma certa invisibilidade associada à atividade dos trabalhadores que, em vários níveis, garantem funções suporte e apoio essenciais (10).

Desde 2011 que funcionam cursos para formação inicial de Auxiliares de Saúde, com o objetivo de qualificar e certificar este segmento da força de trabalho de acordo com os quadros nacional e europeu de qualificações. Apresentada como uma via para colmatar a inexistência de formação de quadros intermédios na saúde, a criação desta oferta formativa decorreu da integração no Catálogo Nacional de Qualificações (CNQ), em 2010, da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde (TAS), composta por um perfil profissional definidor da atividade e competências destes trabalhadores e por um referencial orientador da sua formação de base (15,16).

Sendo o CNQ um instrumento de gestão das qualificações de nível não superior que procura assegurar a articulação entre a oferta ao nível da formação profissional e as necessidades do mercado de trabalho (16), é expectável que a adoção da qualificação de TAS tenha dado origem a alterações na composição da força de trabalho e no próprio sistema de saúde, transformações essas que ainda estão por estudar. Por outro lado, verifica-se que as mudanças encetadas pela via da educação e formação profissional não foram acompanhadas por medidas ao nível da política de emprego ou de planeamento e gestão da força de trabalho que contribuam para ultrapassar indefinições em torno do papel e do estatuto destes trabalhadores (11,12,17).

É nesse contexto que se situa a problemática que motiva a presente investigação: Se a dimensão do contingente de auxiliares de saúde em Portugal, as suas funções e relativa invisibilidade são razões para suscitar o interesse académico, uma vez que se verifica um elevado *grau de desconhecimento em torno de uma situação concreta* (18), a possibilidade de alterações no mercado de trabalho e no sistema de saúde em virtude da adoção da qualificação de TAS, dão mais relevância à necessidade de se olhar atentamente para estes trabalhadores. Como tal, importa analisar e compreender o contexto em que esta qualificação surge e o processo que lhe deu origem, bem como o seu conteúdo e os resultados da sua implementação, para, desta forma, reunir elementos que permitam compreender as alterações já verificadas, antecipar mudanças e criar condições para melhorar o planeamento e gestão da força de trabalho, bem como para o reforço ou a correção das políticas implementadas (19,20).

1.1 Estado da arte

1.1.1 Políticas de saúde

Como acontece em todas as áreas de atividade humana em sociedade, os sistemas de saúde resultam e são influenciados por opções políticas, tomadas por quem, em determinado momento e circunstância, se encontra em condição de decidir (21). Tais escolhas são condicionadas por um vasto conjunto de determinantes e refletem-se, por exemplo, na arquitetura, organização, funcionamento ou performance de um sistema de saúde, podendo situar-se a um nível mais institucional e sistémico, incidindo na filosofia do sistema ou na orientação geral que é dada a um conjunto de recursos, ou assumir contornos mais técnico-rationais que concretizam soluções para dar corpo a tais orientações. É, por isso, fundamental compreender estas escolhas, analisando a forma como as políticas são construídas e implementadas, bem como os seus conteúdos e as consequências da sua implementação (19,22).

1.1.2 Política, políticas e políticas públicas

Na tradição anglo-saxónica, a diferença na natureza das medidas e da arena onde a decisão é tomada é vincada pela utilização de dois conceitos distintos: *politics*, que assume um sentido mais institucional e sistémico, ligado à forma como o poder é usado, e *policy*, ligado ao estabelecimento de diretrizes, planos ou programas (23). Na língua portuguesa esta distinção, não sendo tão clara, surge muitas vezes pela utilização dos termos *Política* e *políticas*. A *Política* é atribuído um sentido mais ideológico, ligado à ideia de ciclo de governação (24) e ao espaço onde ocorre disputa institucional e de correlação de forças que influem na tomada de decisão (25), enquanto as *políticas* podem ser definidas como decisões ou iniciativas referentes a determinadas áreas, como a saúde, educação, economia, entre outras, situadas ao nível do sector público, privado ou social, podendo ser de escala local, nacional ou internacional (19).

O conceito de *políticas públicas* também é recorrente e, por vezes, utilizado com o mesmo sentido apontado acima para *políticas*, suscitando o interesse de investigadores de campos como a ciência política, sociologia ou saúde pública (26–28). Apontadas como uma evidência do “Estado em movimento” (29), as *políticas públicas* podem assumir a forma de leis e regulamentos, políticas fiscais ou incentivos de mercado, sendo decididas e

implementadas por entidades situadas nos diferentes níveis da organização do Estado, não contemplando iniciativas que se encontram na esfera de grupos de profissionais ou de utentes e de organizações privadas e internacionais (19).

No que respeita à saúde, as *políticas de saúde* são definidas pela OMS (30) como uma declaração formal ou um procedimento, normalmente emitidas por um governo, que define prioridades e linhas de atuação para responder a necessidades de saúde, tendo em conta os recursos disponíveis e pressões existentes na sua formulação.

O papel dos Estados e das instituições supra nacionais, como a UE ou a OMS, nas políticas de saúde é incontornável, pelo que é frequente a utilização expressão *políticas públicas de saúde* por vários autores (23,31). No entanto, os sectores privado e social também têm iniciativa e um papel determinante na construção e implementação de políticas de saúde, em particular em zonas onde o Estado é frágil ou inexistente, pelo que Buse, Mays e Walt (19) definem as políticas de saúde de forma mais abrangente, como decisões e intervenções oriundas do sector público ou privado, que envolvem instituições, organizações, serviços e mecanismos de financiamento que têm influência na saúde ou no sistema de saúde, sendo que, na sua análise, a omissão de decisão e de medidas também deve considerada como relevante. No mesmo sentido, Paim e Teixeira (23) referem uma forma de resposta social, sob a forma de ação ou omissão, de uma organização, dirigida às condições de saúde de indivíduos e populações e aos seus determinantes, podendo estar relacionada com a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Para lá da sua natureza pública ou privada, as políticas de saúde constituíram-se como área de interesse académico ligado à análise de políticas, na qual se procura compreender e explicar a abordagem aos problemas, a formulação, a condução, a implementação e a avaliação de políticas, bem como as relações de poder inerentes a estes processos (23).

1.1.2.1 Os Recursos Humanos e políticas de saúde

No conjunto das *políticas de saúde* podem encontrar-se várias áreas de atuação, normalmente denominadas de acordo com a temática em que se focam, como por exemplo as políticas de gestão e organização da rede, as políticas de saúde pública, as políticas do medicamento ou as de recursos humanos (32). Visando promover e melhorar a quantidade e qualidade da força de trabalho na saúde, bem como a sua correta

distribuição e retenção dos profissionais, as políticas relacionadas com os Recursos Humanos da Saúde (RHS) configuram-se como centrais para os decisores políticos e responsáveis pelos sistemas de saúde, especialmente nos de iniciativa predominantemente pública (33).

1.1.2.2 Análise de políticas de saúde

A formulação de políticas sectoriais não é uma tarefa burocrática e linear, assumida por decisores que produzem julgamentos meramente técnicos, e independente do contexto social em que acontece. As escolhas e a tomada de decisão decorrem de processos complexos e eminentemente políticos, sendo influenciadas por múltiplos fatores, pelo que importa olhar para a sua natureza e componentes, mas também para o contexto em que surgem, procurando ainda compreender quem as faz e implementa e como foram decididas, pois são aspetos que determinam o seu conteúdo e, em última instância, os seus resultados (19,21,27,34).

É desta observação centrada *no processo* que trata a análise de políticas, definida como uma abordagem multidisciplinar que procura explicar a interação entre instituições, interesses e ideias no processo de formulação de políticas (35). Embora se possam complementar, esta perspetiva é diversa da avaliação de políticas, normalmente orientada “para categorias como eficiência, eficácia e efetividade, derivados da comparação entre metas e resultados” (Cavalcanti, 2005, cit por 31).

Apontada como fundamental para a reforma dos sistemas de saúde, a análise de política de saúde tem essencialmente duas finalidades, a I) análise *de* políticas, que visa alargar a compreensão sobre o processo que está na origem de uma intervenção ou a II) análise *para* políticas, um contributo para reforçar capacidade de decisão e preparar a implementação de novas medidas. (19,35,36),

Nesta perspetiva, Buse, Mays e Walt (19) defendem que a análise centrada numa intervenção que já existe deve, de forma retrospectiva e descritiva, procurar compreender a forma como determinada questão entrou na agenda política, a tomada de decisão e quais os seus conteúdos, procurando também fazer uma avaliação sumativa da sua implementação, um ponto de situação em relação aos objetivos propostos, e assim contribuir para a manutenção ou reformulação da política. Quando a análise é orientada para a construção de uma intervenção, então a sua natureza é prospetiva, contribuindo

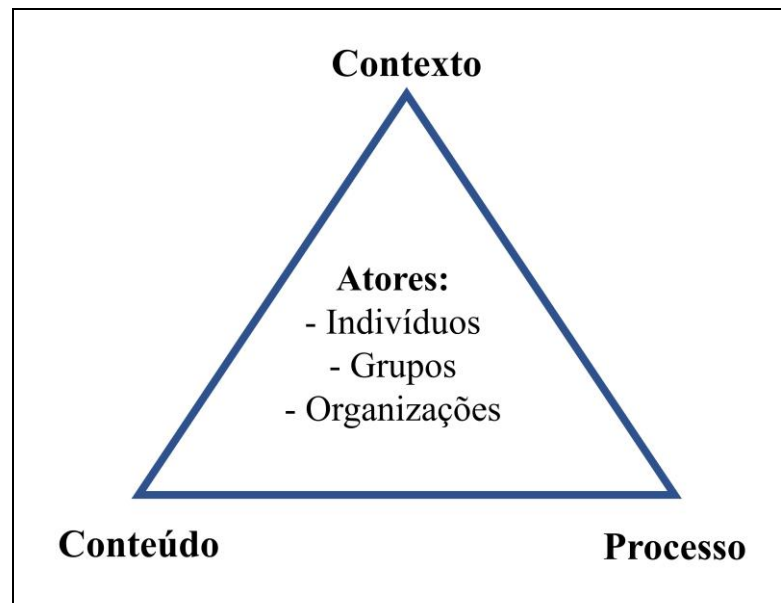
com evidência e propostas para formulação de políticas ou procurando antecipar as consequências de determinada proposta ou determinar o seu grau de fiabilidade.

É possível encontrar na literatura vários modelos teóricos, quadros conceptuais e abordagens metodológicas para a análise de políticas públicas e políticas de saúde, identificando-se traços comuns, como a atenção dada à génese da problemática a que as políticas procuram responder ou ao papel dos diferentes atores na sua construção, e aspetos distintivos, como a maior ou menor importância que alguns autores dão aos processos de avaliação da implementação de uma intervenção ou ao papel do Estado neste processos (26,29,31,35).

Na prática, e olhando o exemplo da saúde pública, Bernier e Clavier (27) constataam que muita da literatura de análise de políticas de saúde está centrada nos conteúdos, impactos e resultados das políticas, dando-se pouca atenção à sua elaboração, aos atores, à complexidade das relações e aos conflitos e tensões que se geram nestes processos e a aspetos contextuais que os influenciam a num nível macro e, desta forma, contribuem para determinar a saúde das pessoas e das comunidades. As autoras apontam ainda a forma linear e burocrática como muitos investigadores abordam as políticas, considerando-as como um fim de uma cadeia que é pautada pelo racionalismo na tomada de decisão.

1.1.2.3 Triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson

Para Buse, Mays e Walt (19), independentemente da finalidade com que é conduzida, a análise de políticas de saúde deve olhar os conteúdos, o contexto, o processo e os atores envolvidos na formulação e implementação de políticas, devendo estes fatores ser considerados em conjunto e não isoladamente, uma vez que estão interrelacionados. Para conduzir esta análise, os autores sugerem a utilização do “triângulo de análise de políticas” (Figura 1), generalizando a qualquer contexto uma ferramenta que Walt e Gilson (37) haviam concebido para países em desenvolvimento.



Fonte: Walt & Gilson, 1994 (37) (adaptação do autor)

Figura 1 - Triângulo de Análise de Políticas de Walt e Gilson

O *Contexto* engloba fatores sistêmicos e estruturais que, a nível nacional ou internacional, possam afetar as políticas de saúde, tais como aspetos políticos, económicos, sociais ou culturais. O *Conteúdo* está relacionado com os elementos constituintes das políticas, com a proposta que contêm. Os *Atores* são os indivíduos, organizações ou instituições que, pela sua capacidade de influência ou posição privilegiada, estão envolvidos no processo de construção e implementação da política e que podem afetar o seu curso. O *Processo* prende-se com a forma como as políticas foram iniciadas, desenvolvidas ou formuladas, negociadas, comunicadas, implementadas e avaliadas (19).

Este modelo tem sido largamente utilizado na análise de políticas em vários contextos (38). Ao mesmo tempo que assumem que a tomada de decisão é tudo menos um processo linear e racional, os seus autores propõem uma forma simples e organizada de abordar a complexidade da formulação de políticas, procurando interrelacionar todos os elementos relevantes de uma política e ter uma compreensão alargada do processo, dos seus conteúdos e, contrariamente a outras abordagens, dos seus resultados (19).

1.1.3 Recursos Humanos da Saúde

A agenda dos RHS ocupa lugar de destaque na governação dos sistemas de saúde, compreendendo várias abordagens e intervenções, centradas em temas como, por exemplo, a “(...) composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação

profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal.” (39).

A força de trabalho da saúde pode ser definida pelo conjunto das pessoas que produzem algum tipo de serviço de saúde, incluindo-se aqui trabalhadores altamente diferenciados e qualificados (como médicos, enfermeiros ou farmacêuticos), técnicos especializados (como os das áreas de diagnóstico e terapêutica), trabalhadores de apoio e suporte aos serviços (como auxiliares de saúde), técnicos e profissionais que têm atividade na comunidade, cuidadores informais ou até pessoas com atividade que não é legalmente reconhecida (curandeiros e outros agentes ligados a terapias tradicionais) mas cuja intervenção está ligada ao bem-estar (4,40).

Trata-se de uma perspetiva abrangente, que espelha bem a complexidade da saúde e que pode ser aplicada em diferentes sistemas de saúde ou níveis de desenvolvimento. No entanto, as estatísticas e a literatura que abordam os RHS costumam centrar-se nos trabalhadores que, no âmbito dos serviços de saúde, prestam cuidados em instituições ou na comunidade e que, de um modo geral, necessitam de educação de nível superior ou formação profissional especificamente orientada para desempenhar tais funções (41,42).

1.1.3.1 Profissões e ocupações no sector da saúde

No sector da saúde existem múltiplas profissões e ocupações, assistindo-se a uma diferenciação de estatuto, saberes e poderes, com reflexos nas interações sociais entre os diferentes elementos das equipas e destes com os utentes, bem como na identidade de cada grupo profissional e indivíduo (39,43–45).

O conceito de profissão tem múltiplas conotações e sentidos, relacionados tanto com a língua em que é utilizado, como com concepções sobre o trabalho e a organização social (46). Em termos semânticos, na língua inglesa, o termo *profession* tem uma aplicação restrita a determinadas áreas de atividade, cuja prática requer um elevado nível de conhecimento e saber que apenas é compatível com formação universitária, sendo as restantes atividades consideradas como *occupations*. Já nas línguas de raiz latina, a palavra é usada com um sentido mais lato, sendo aplicada às atividades com reconhecimento na linguagem administrativa e jurídica e que são alvo de regulação por parte do Estado ou por entidades por ele mandatadas, como o caso das ordens profissionais, podendo requerer formação de nível superior ou outro (39,46).

Introdução

No campo da sociologia, desde a primeira metade do século XX que o debate em torno do conceito de profissão e das profissões se vem aprofundando (44,46), não podendo hoje ser desligado da análise das transformações que ocorrem no interior das profissões, do profissionalismo enquanto forma de organização e estruturação do trabalho e da profissionalização enquanto trajeto de desenvolvimento e afirmação de uma determinada atividade para o reconhecimento enquanto profissão, bem como do papel desempenhado nestes processos por diferentes atores e instituições e até pelo próprio Estado (47).

De uma perspectiva formal, a UE adotou uma abordagem comum para o mercado único europeu, definindo uma “profissão regulamentada” como:

“a atividade ou o conjunto de atividades profissionais em que o acesso, o exercício ou uma das modalidades de exercício dependem direta ou indiretamente da titularidade de determinadas qualificações profissionais, constituindo, nomeadamente, uma modalidade de exercício o uso de um título profissional limitado aos detentores de uma determinada qualificação profissional” (48).

Tendo incorporado esta conceção, a lei portuguesa clarifica o conjunto das atividades consideradas enquanto profissões de saúde, para as quais estão previstos mecanismos de registo e de controlo de qualidade de formação e exercício profissional (49). As atividades não incluídas neste enquadramento deverão ser consideradas como *ocupações*, no sentido de atividade ou de lugar do indivíduo na divisão social e técnica do trabalho a que corresponde um menor estatuto social (39), desempenhando funções complementares e de apoio à logística e funcionamento dos serviços de saúde.

Não obstante as diferenças conceptuais que distanciam uma profissão de uma ocupação, Evetts constata uma utilização mais lata da terminologia *profissão* para designar genericamente um determinado grupo ocupacional (47). Isso mesmo é possível verificar pela consulta de literatura científica ou documentos técnico-legislativos do campo da saúde onde, tal como na expressão oral e escrita quotidianamente utilizadas nos serviços de saúde e nos *mass media*, o termo profissional de saúde surge de forma indistinta, aplicado tanto a trabalhadores altamente diferenciados, cuja atividade corresponde à de uma profissão formalmente estabelecida, como a ocupações de perfil mais técnico e a trabalhadores de suporte à prestação de cuidados, tais como os auxiliares de saúde, num claro exemplo de que os processos sociais não se limitam à sua dimensão formal (44).

1.1.3.2 Trabalhadores com funções auxiliares nos serviços de saúde

A utilização de trabalhadores com um perfil menos diferenciado e/ou menor nível de qualificação para prestar apoio à atividade de profissionais de saúde acompanha a história dos serviços de saúde. Na primeira metade do século XX, numa fase de criação e desenvolvimento dos sistemas de saúde em que se assiste à crescente especialização da profissão médica e ao aparecimento e/ou afirmação de outras profissões, como a enfermagem, o treino e integração de auxiliares nas equipas de saúde surge como estratégia para enfrentar necessidades concretas, como por exemplo a resposta a ameaças sanitárias, a falta mão de obra qualificada por dificuldades formativas ou devido ao esforço de guerra, bem como para responder à procura crescente de serviços de saúde que se verificou em tempo de paz (50–52).

No início da década de 1950, a recém-criada OMS incluiu na sua agenda a reflexão sobre a presença e o papel desempenhado pelos diferentes auxiliares nos serviços e sistemas de saúde (53,54). Em 1955, o *Comité de Especialistas em Educação Profissional e Técnica de Pessoal Médico e Auxiliar*, reconhecendo o contributo dos trabalhadores com perfil menos diferenciado, definiu o auxiliar como um “assalariado que atua numa determinada área técnica, com qualificação profissional inferior à completa nessa área, que auxilia e é supervisionado por um profissional” (52). Esta conceção espelha a natureza supletiva da atividade dos auxiliares no campo da saúde e o lugar mais periférico que ocupam na divisão do trabalho e que, estando presente de forma explícita ou implícita em vários documentos e orientações sobre a força de trabalho e os sistemas de saúde emitidas pela OMS nas últimas décadas (55–57), ainda tem reflexos na Classificação Internacional de Trabalhadores de Saúde adotada por esta organização nos dias de hoje (58).

Ao longo dos anos, a presença de auxiliares no seio da força de trabalho da saúde foi sendo notada por diversos autores, tais como Fendall que, em 1972, refletiu sobre a sua utilização como parte da estratégia para consolidação da capacidade de intervenção e resposta dos serviços de saúde em países em desenvolvimento (50), ou Roemer que, no início da década de 1990, sinalizou a presença de contingentes de auxiliares para apoio das diversas profissões na generalidade dos sistemas de saúde do mundo (59). Não sendo um tema central da literatura dos recursos humanos da saúde (9,51,60), as referências continuam a surgir nas primeiras décadas do século XXI, muitas vezes de forma pontual, em publicações e documentos com orientação técnico-política produzidos por diferentes

organismos internacionais (57,61,62), bem como no trabalho de diversos investigadores (8,63,64).

1.1.3.3 Auxiliares dos enfermeiros

Uma parte dos auxiliares que atuam no setor da saúde exerce funções de apoio a enfermeiros na prestação de cuidados relacionados com a vida diária a pessoas que, doentes ou saudáveis, apresentam perdas de autonomia (64). Embora a sua presença nos diferentes contextos de prestação de cuidados e sob diferentes designações¹ seja uma constante desde os primórdios da enfermagem moderna (67), os debates em torno da definição do perfil, formação e atividade dos auxiliares dos enfermeiros, bem como do papel que ocupam no seio das equipas de saúde e do seu contributo para o funcionamento e sustentabilidade dos serviços e sistemas de saúde, só mais tarde começaram a ganhar contorno e são, ainda hoje, caracterizados por indefinições e questões em aberto (8,51).

A relevância crescente do pessoal auxiliar de enfermagem não pode ser dissociada das transformações que, na viragem para a segunda metade do século XX, determinaram mudanças na atividade dos próprios enfermeiros (51,54). Reunida em novembro de 1950, a primeira sessão do *Comité de Especialistas em Enfermagem* da OMS sugeriu a realização de estudos sobre a disponibilidade e variabilidade de perfis destes trabalhadores nos diferentes estados membros da organização, bem como a adoção de medidas para antecipar as necessidades futuras de auxiliares e planear a sua formação e utilização, devendo estas ser orientadas por uma perspetiva de suporte à atividade dos enfermeiros (cujo papel e formação também deveriam ser reforçados), de modo a não comprometer a qualidade dos cuidados (53).

A necessidade de clarificar o estatuto e papel do pessoal auxiliar já havia levado à aprovação de medidas legislativas para consolidar o seu perfil e os requisitos para a sua formação e atuação em países como o Reino Unido (1941), Canadá (1947) ou Japão (1948), tendo esta prática sido generalizada a outros países na segunda metade do século XX (65,66). A adoção destes referenciais não foi uniforme, nem o seu desenvolvimento

¹ Kessler, Heron e Dopson (51) referem a utilização, ao longo do tempo, de designações que ainda hoje são comuns, tais como ajudantes, auxiliares ou assistentes de enfermagem ou de enfermaria. Além destas, há também referências à utilização, num passado mais remoto, de designações mais associadas a tarefas domésticas, tais como guardas de enfermaria ou de quarto, criados de quarto ou ordenanças (65,66).

linear e, passadas largas décadas, há países, como a Bélgica, a Finlândia ou a Dinamarca, onde existe um quadro claro de regulação e regulamentação da atividade destes trabalhadores e outros, como o Reino Unido, onde subsistem indefinições sobre a natureza da sua atividade ou sobre os requisitos que orientam a sua formação e o acesso ao mercado de trabalho (8,51,65–67).

1.1.3.4 Auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde

Entre 2011 e 2013, no âmbito de um projeto financiado ao abrigo das prioridades da Comissão Europeia para desenvolvimento de recursos humanos da saúde, estabelecidas em 2008 no Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde (68), Braeseke e colegas (8) conduziram um estudo pioneiro sobre a formação e a atividade dos trabalhadores que dão apoio aos enfermeiros na prestação de cuidados em 15 países europeus², tendo constatado a existência de múltiplos perfis e designações profissionais, por vezes dentro do mesmo país, bem como uma grande heterogeneidade³ nas regras que orientam a sua educação e formação, que regulamentam a sua atividade e regulam a sua entrada e permanência no mercado de trabalho, bem como nas condições que permitem a sua evolução profissional ao longo da carreira e nos requisitos legais que lhes garante mobilidade no mercado único europeu.

No que respeita ao lugar ocupado na estrutura das profissões e ocupações e tomando como referência a estrutura de profissões e ocupações fixada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 2008⁴, estes autores constatarem que, de uma forma geral, os trabalhadores com funções de apoio aos enfermeiros são classificados como auxiliares de enfermagem ou auxiliares de saúde e, dada a semelhança dos descritivos e da natureza da atividade associadas a ambas as categorias (Tabela 1), propõem a adoção de Auxiliar de

² Alemanha, Áustria, Bélgica Bulgária, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Finlândia, Irlanda, Itália, Países Baixos, Polónia, Suíça, Reino Unido e República Checa.

³ A formação, quando existe, compreende uma carga horária inferior à estabelecida para os enfermeiros generalistas (na União Europeia, a formação destes deve garantir a aquisição de 180 ECT, o que implica uma duração mínima de 4.600h), podendo durar entre um e quatro anos, sendo que apenas seis países haviam fixado registo obrigatório para acesso dos auxiliares ao mercado de trabalho e apenas três não tinham um quadro claro de regulação da atividade destes profissionais.

⁴ A *International Standard Classification of Occupations* (ISCO 08), que serve de base para as estatísticas nacionais e internacionais sobre o emprego e o trabalho e foi adotada pela OMS, pela União Europeia ou pela OCDE (7,58,69,70).

Introdução

Saúde (*Health Care Assistant*, na versão inglesa) como designação genérica para este segmento da força de trabalho (8)⁵.

A adoção da designação de auxiliar de saúde e da descrição de perfil fixada pela OIT como referência na abordagem às temáticas relacionadas com este grupo ocupacional também é assumida neste trabalho, uma vez que, além de uma opção metodológica abrangente, esta escolha marca também a adesão a uma perspetiva conceptual ligada ao cuidar que, como Kessler, Heron e Dopson notam (51), centra a atividade dos auxiliares na pessoa que é cuidada e na natureza do apoio que lhe é prestado por uma equipa, em detrimento de uma perspetiva focada na prestação de auxílio/ajuda aos enfermeiros no ato de cuidar de outro.

Tabela 1 - Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Saúde: Descrição de atividade inscrita na International Standard Classification of Occupations (ISCO 08)

Classificação ISCO 08		Descritivo da atividade
Grupo em que se insere	Ocupação	
Pessoal de enfermagem (322)	Auxiliar de Enfermagem (3221)	Prestam cuidados básicos de enfermagem a pessoas que deles necessitem em virtude de dificuldades relacionadas com o seu envelhecimento, doença, lesão ou outra condição física e mental que o justifique. Trabalham sob supervisão e no apoio a profissionais mais qualificados na prestação de cuidados de saúde e tratamentos ou na implementação de planos de cuidados estabelecidos por médicos, enfermeiros ou outros profissionais mais qualificados.
Trabalhadores de cuidados pessoais nos serviços de saúde (532)	Auxiliar de Saúde (5321)	Prestam cuidados pessoais diretos ou assistência nas atividades da vida diária a pessoas em diferentes contextos, como hospitais, clínicas e unidades residenciais. A sua atividade contempla a implementação de um conjunto de técnicas ou de intervenções preestabelecidas e é realizada sob supervisão direta de médicos, enfermeiros ou outros profissionais mais qualificados.

Fonte: International Standard Classification of Occupations, ILO,2008 (7) (Tradução do autor)

A necessidade de reforço das competências dos auxiliares de saúde tem vindo a ser enfatizada por diversos especialistas, seja porque esta é uma via para garantir a qualidade

⁵ Em sentido contrário, estes autores optam por deixar de fora do grupo dos auxiliares de saúde o conjunto dos trabalhadores com funções de ajudante familiar (Home-Based Personal Care Workers, código 5322 do ISCO 08), por considerarem que, embora associado ao apoio à prestação de cuidados, o seu perfil é orientado para uma atuação fora do setor da saúde, requerendo outro tipo de competências (8).

dos cuidados e a segurança e satisfação dos utentes, seja porque, perante a escassez de mão-de-obra altamente qualificada, se antecipa que o papel e funções destes trabalhadores venham a ganhar relevância nos próximos anos, sendo este grupo alvo de atenção de académicos, decisores políticos e gestores (8–10,51).

1.1.4 Mercado de trabalho na saúde

A ideia de mercado de trabalho procura uma aproximação explicativa da relação entre a força de trabalho e as organizações. A construção e operacionalização deste conceito têm sido influenciadas por várias perspetivas, com destaque para a da economia, que conceptualiza um lugar de troca, ou a da sociologia, que procura olhar os indivíduos e as relações sociais subjacentes ao trabalho. Estas influências refletem-se a vários níveis, como na terminologia utilizada ou, num nível mais macro, nas formas de compreensão e atuação do Estado, dos diferentes agentes económicos e sociais na criação, desenvolvimento, modelação e utilização da força de trabalho (20,44).

Cada sector de atividade tem as suas características, exigências e dinâmicas no que respeita à composição e qualificação da força de trabalho e, consequentemente, um mercado de trabalho específico que, como no caso da saúde, pode ter diferentes segmentos, resultantes de uma diferenciação clara das várias ocupações e grupos profissionais ligadas à prestação de cuidados (20).

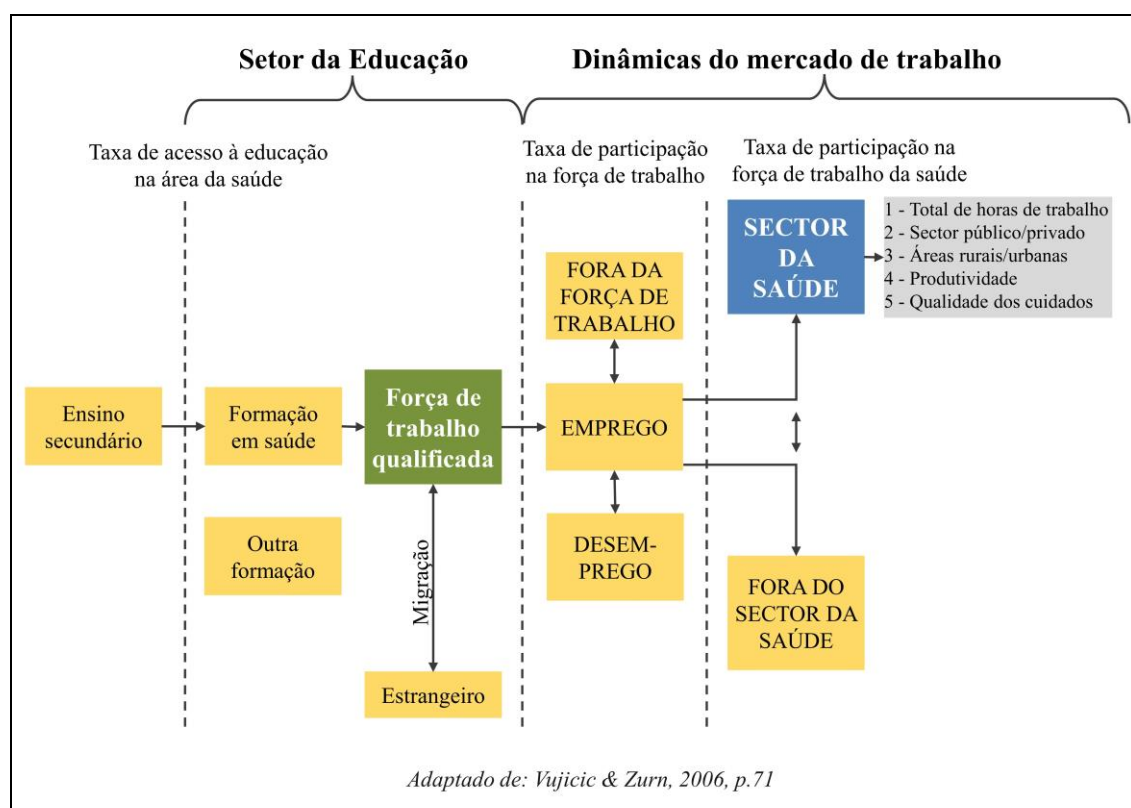
1.1.4.1 Procura, oferta e necessidade de profissionais

As abordagens do mercado de trabalho mais centradas na economia partilham o consenso de que este é composto por duas forças independentes, a *oferta*, que corresponde ao contingente de trabalhadores disponíveis em determinado momento e ao tempo que estes dispõem para trabalhar, e a *procura* de mão-de-obra por parte dos empregadores, que podem ser entidades públicas ou privadas. A relação entre a oferta e a procura vai determinar os salários e outras formas de compensação dos trabalhadores, bem como a sua distribuição geográfica e no interior do setor da saúde, sendo que a disponibilidade de profissionais também pode ser condicionada pelas condições de remuneração e de trabalho (2).

A *procura* de mão-de-obra é diretamente influenciada e modelada por fatores políticos, económicos e financeiros, podendo não existir recursos para garantir contratação de

profissionais em número suficiente para responder às necessidades identificadas por determinado empregador ou sistema de saúde, estando estas ligadas aos objetivos do sistema e ao “pacote de serviços” mínimo que garante aos utentes, bem como com as necessidades de cuidados e aspirações da população a quem estes se destinam (33,40). A associação entre a procura e as condições de remuneração e de trabalho faz com que as profissões e ocupações ligadas à saúde se tornem mais ou menos atrativas, com reflexos na procura de oportunidades de formação e educação por parte de candidatos a ingressar neste sector (2).

A oferta de mão de obra é afetada por uma complexidade de determinantes e de decisões que se podem dividir em dois grandes grupos, consoante estejam ligadas às políticas de educação ou às de emprego. A Figura 2 sintetiza as determinantes da oferta de RHS, assinalando a sua ligação com a procura e com outros fatores relacionados com o mercado de trabalho.



Fonte: Vujicic & Zurn, 2006 (33) (adaptação do autor)

Figura 2 - Determinantes da oferta de Recursos Humanos da Saúde

O sector da educação está diretamente relacionado com a “produção” de RHS, determinando o número e perfil dos trabalhadores a formar todos os anos, bem como a qualidade desta formação. É afetado, por exemplo, pelos gastos em educação decididos por determinado governo ou pela existência de referenciais de formação e currículos que garantam qualidade e procura dos cursos. Esta procura é, por sua vez, afetada pelas regras de acesso à formação e pelos recursos a despende pelos alunos durante a mesma, pela perspectiva de empregabilidade, pelas condições associadas ao trabalho que se vai realizar e pelas oportunidades de carreira (2,33).

Mas aumentar o número de profissionais por via da educação não é, por si só, sinónimo de aumento da oferta. Se não houver um estímulo por parte da procura através de medidas de dinamização do mercado de trabalho (abertura de vagas, garantia de condições de trabalho atrativas e dignas, etc.) quem conclui o seu percurso formativo pode optar por outros sectores de atividade ou emigrar. Ou seja, a política de emprego contribui ativamente para que os recursos aplicados na educação e formação sejam utilizados para consolidar os sistemas de saúde, em vez de desperdiçados pela inatividade ou emigração da mão-de-obra especializada (40,71).

1.1.4.2 Escassez e excesso

A *escassez* de trabalhadores de saúde corresponde a uma situação em que, apesar de existir procura e recursos para contratar, não existe oferta. A *escassez* pode ser explicada por fatores ligados à educação e formação de recursos humanos em número inadequado ou à pouca atratividade dos salários, carreiras ou outras condições oferecidas aos trabalhadores. Em sentido inverso, quando a oferta supera largamente a procura gera-se numa situação de *excedente*, que pode ser devida à saturação do mercado de trabalho por via da formação ou pela não abertura de vagas pelos empregadores, podendo estas duas situações coexistir (40).

As situações de *escassez* acontecem tanto em países de baixos recursos, onde são mais frequentes, como em sociedades com índices de desenvolvimento mais elevados. Os fatores explicativos deste fenómeno são de natureza diversa, passando por má distribuição da força de trabalho e migrações entre países ou entre regiões no mesmo país, desadequação na formação de profissionais, supervisão pobre, falta de regulação da dupla prática dos profissionais, desequilíbrios na organização do trabalho e no balanço das

responsabilidades atribuídas a cada grupo profissional tendo em consideração as suas competências (o “skill-mix” profissional), baixa produtividade e performance, bem como a pressão para cortes nas políticas sociais que ocorrem em momentos de crise económica ou na sequência de opções relacionadas com a orientação política dos governantes (71).

Adicionalmente, verifica-se que as sociedades com mais recursos enfrentam um envelhecimento da população que se reflete numa maior procura de cuidados e pressão sobre os sistemas de saúde, fatores que, a par do envelhecimento da força de trabalho da saúde, contribuem para reforçar fluxos migratórios com origem em países onde as condições de trabalho e de progressão profissional não são tão atrativas ou estáveis, contribuindo para debilitar os seus sistemas de saúde (5,71).

1.1.4.3 O crescimento do mercado de trabalho da saúde

Segundo cálculos da OMS e do BM, em 2013 a força de trabalho da saúde global situava-se nos 41,7 milhões de profissionais, entre médicos, enfermeiros e outro pessoal interveniente na prestação de cuidados, apontando-se para um cenário de escassez de 7 milhões de profissionais para responder às necessidades. Para 2030, considerando as projeções demográficas, as metas relativas à saúde inscritas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) e o horizonte de cobertura universal estabelecido pela OMS, os autores destes estudos apontam para um crescimento acelerado da procura de RHS, passando as necessidades de 49 para 80 milhões de profissionais, calculando ainda que, mesmo com aumento da oferta, a escassez a nível global cresça para os 15 milhões (5,42).

Na mesma altura, a UE apontava para que o sector da saúde empregasse cerca de 10% da população ativa do mercado europeu, representando um elevado potencial de crescimento e de criação de emprego e riqueza. No entanto, a concretização deste cenário encontrava-se ameaçada, calculando-se que em 2020 viessem a faltar 2 milhões de profissionais, metade dos quais auxiliares de saúde, antecipando-se um agravamento nas condições de trabalho dos profissionais no ativo e impactos negativos na segurança dos pacientes e na qualidade dos cuidados (6,72).

1.1.4.4 Planeamento da força de trabalho da saúde

A magnitude destas projeções realça a necessidade de uma análise cuidadosa do mercado de trabalho da saúde, procurando compreender as tendências que afetam a força de

trabalho, bem como o desenvolvimento de políticas para modelar a produção e utilização dos RHS, de modo a prevenir situações de escassez ou excesso de profissionais e garantir o uso racional dos recursos existentes (40,71), sendo esta uma via para aumentar a resiliência, eficácia e acessibilidade dos sistemas de saúde (73).

A necessidade de investir no planeamento e na gestão da força de trabalho não se justifica apenas pela ameaça de escassez. Os elevados custos associados à formação de RHS e o facto de os seus salários representarem entre 65% a 80% das despesas de funcionamento dos sistemas de saúde reforçam a importância de uma abordagem racional e fundamentada deste mercado de trabalho (33).

Considerando as especificidades do sector da saúde e da sua força de trabalho, a escassez de mão-de-obra e, mesmo em sociedades com mais recursos, a limitação de meios económicos e financeiros disponíveis para os sistemas de saúde, cabe aos responsáveis políticos e gestores dos sistemas de saúde não só decidir sobre a alocação de recursos para formação, contratação e retenção da força de trabalho, como também ter em conta os impactos destas medidas na procura de RHS e de cuidados (40). Para que tal seja possível, é necessário existir informação sólida e atualizada sobre a força de trabalho da saúde (3,42).

1.1.5 Qualificação de trabalhadores de nível não superior em Portugal

O reforço da qualificação geral da população portuguesa foi assumido como uma das prioridades do governo eleito em 2005. Para concretizar este desígnio, foi concebida e implementada uma estratégia abrangente, consagrada na Iniciativa Novas Oportunidades (INO), que alinhava a política de emprego, educação e desenvolvimento tecnológico (74).

Dotada de mecanismos legais criados para o efeito e de recursos financeiros em grande parte garantidos por fundos de coesão da União Europeia, a INO preconizava o aumento e diversificação da oferta de cursos de dupla certificação (escolar e profissional) para jovens e a expansão da oferta dos cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA) e da formação contínua de trabalhadores no ativo, bem como a consolidação do Sistema de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (RVCC) obtidas ao longo da vida (74–76).

1.1.5.1 O Sistema Nacional de Qualificações

Criado em 2007, o Sistema Nacional de Qualificações (SNQ) foi idealizado como um conjunto dos instrumentos para estruturar a nova política de qualificação da população, promovendo a reorganização da formação profissional na perspectiva do reforço da sua inserção no mercado de trabalho e no sistema educativo, substituindo o Sistema Nacional de Certificação Profissional, de 1992, apenas orientado para o mercado de trabalho (16). Ao novo sistema cabia contribuir para a modernização da economia e das empresas pela via do aumento do nível de qualificação da população, possibilitando a sua progressão escolar e profissional, através da

“ (...) generalização do nível secundário como qualificação mínima da população, bem como a aposta na qualificação de dupla certificação, quer através do aumento e generalização da oferta de cursos de educação e formação profissional (jovens e adultos), quer através do reconhecimento, certificação e validação de competências de aprendizagens formais, informais e não formais” (77).

1.1.5.1.1 O Catálogo Nacional de Qualificações

Entre os instrumentos criados para operacionalizar esta estratégia encontra-se o CNQ, que garante a gestão estratégica das qualificações de nível não superior, procurando um alinhamento entre as competências necessárias ao desenvolvimento económico e uma oferta formativa estruturada e reconhecida no mercado de trabalho nacional e internacional, nomeadamente no espaço da União Europeia (77).

As funções de gestão e atualização do Catálogo foram atribuídas à Agência Nacional da Qualificação (ANQ)⁶. Trata-se de um processo contínuo que conta com a colaboração dos Conselhos Setoriais para a Qualificação (CSQ), sendo estes organismos de carácter técnico-consultivo compostos por representantes de agentes económicos e sociais e por peritos nas áreas temáticas de cada conselho (16).

⁶ Criada em 2006 no âmbito do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, Agência Nacional para a Qualificação (ANQ) foi um Instituto Público concentrou responsabilidades até aí dispersas pelos ministérios da Educação e do Trabalho e Solidariedade Social (que repartiam a tutela deste organismo), nomeadamente na Direcção-Geral de Formação Vocacional (entretanto extinta) e no Instituto do Emprego e Formação do Profissional (IEFP). Em 2012 a ANQ foi transformada na Agência Nacional para a Qualificação e Ensino Superior (ANQEP)

As qualificações

O CNQ integra um conjunto alargado de qualificações, organizadas por áreas de educação e formação. Cada qualificação é composta por um *Perfil Profissional*, que constitui um referencial de ação onde estão descritas a missão, as atividades e competências associadas a determinada ocupação, um *Referencial de Formação* com os elementos que permitem estruturar uma oferta formativa de dupla certificação para jovens ou adultos, que pode ocorrer em contexto de formação inicial ou ao longo da vida, e um *Referencial de RVCC* escolar ou profissional, integrador das competências adquiridas ao longo da vida, por vias formais e não formais (Figura 3) (77).

Perfil Profissional	Referencial de Formação	Referencial de RVCC	
Missão Atividades Competências • Saberes • Saber-fazer • Saberes sociais e relacionais	Perfil de Saída Organização do referencial para aceder à qualificação Desenvolvimento das Unidades de Formação de Curta Duração (UFCD) Sugestão de recursos didáticos	Base (Escolar) Unidades de Competência Critérios de evidência	Tecnológica (Profissional) Unidades de Competência

Fonte: Catálogo Nacional de Qualificações: Guia do utilizador. (77)

Figura 3 - Componentes das qualificações do Catálogo Nacional de Qualificações

O referencial de formação define o perfil de saída dos formandos que concluem determinado curso. Incluem uma componente escolar, geral para determinado ciclo de estudos, que garante uma certificação académica e permite a continuação de estudos para outros níveis escolares, e uma componente tecnológica para certificação profissional (77).

O referencial de RVCC permite estruturar processos de certificação escolar (equivalência ao nível básico ou ao nível secundário de educação) e/ou profissional a partir de competências obtidas pelos candidatos ao longo da vida, em contextos formais e não formais. O instrumento identifica e organiza em unidades coerentes o conjunto de competências cuja aquisição deve ser demonstrada pelo candidato, bem como os critérios de evidência que devem nortear a avaliação destas competências (77).

1.1.6 Força de trabalho da saúde em Portugal

Os profissionais de saúde foram centrais no processo de desenvolvimento que Portugal percorreu nas últimas décadas, contribuindo decisivamente para a edificação do SNS e para a melhoria generalizada verificada nos indicadores de saúde e de bem-estar da população (78). São hoje considerados fundamentais para a sustentabilidade do sistema de saúde e a sua formação, desenvolvimento e retenção encontram-se entre as orientações estratégicas para a obtenção de ganhos em saúde e reforço do sistema de saúde preconizadas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) (79–81).

Nos últimos anos registaram-se melhorias na monitorização da força de trabalho da saúde em Portugal, através de iniciativas promovidas por académicos, Ordens Profissionais ou no âmbito do planeamento das sucessivas estratégias de saúde (79,80). Ainda assim, persistem dificuldades em consolidar uma prática sistematizada e abrangente⁷, verificando-se que, tal como acontece na investigação científica, as atenções estão muito centradas nos médicos e enfermeiros (11,82–84).

Além de um conjunto definido de profissões formalmente estabelecidas, que requerem formação de nível superior reconhecida para exercício profissional e dispõem de mecanismos claros de regulamentação e regulação da sua qualificação e atividade, a força de trabalho da saúde em Portugal é também composta por diversos grupos ocupacionais, que possuem diferentes níveis de formação e desempenham um conjunto alargado de funções de suporte às equipas e aos serviços de saúde, tanto no apoio ao atendimento direto aos utentes, como em áreas mais técnicas, como é caso, entre outros, dos assistentes técnicos ou do pessoal do secretariado clínico e da informática da saúde (14).

1.1.6.1 Auxiliares de Saúde

No sistema de saúde português, os trabalhadores com funções de auxiliar de saúde são, entre os grupos ocupacionais que prestam apoio ao regular funcionamento dos serviços de saúde, os únicos que participam diretamente na prestação de cuidados a utentes. Não

⁷ A falta de dados relativos à implementação do Inventário Nacional de Profissões da Saúde ilustra bem estas dificuldades. Criado em 2015 como “instrumento de planeamento das necessidades de profissionais de saúde no setor público, privado e social, bem como de coordenação das políticas de recursos humanos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde” (49), até ao momento presente não são conhecidas iniciativas para garantir a implementação desta medida ou os seus resultados.

sendo considerados como parte do pessoal de enfermagem⁸, ocupam as posições destinadas ao pessoal de apoio aos serviços das carreiras profissionais, estando, na sua grande maioria, integrados em equipas de saúde, onde realizam, por delegação e sob supervisão de enfermeiros (ou de outros profissionais qualificados), um conjunto de tarefas, técnicas e procedimentos que, pelos conhecimentos teórico-práticos e exigências comportamentais que envolvem, requerem algum nível de especialização funcional (12,14,86).

Trata-se de uma atividade de livre acesso, não sendo obrigatórias a titularidade de uma carteira profissional ou a inscrição prévia num organismo com funções reguladoras da entrada no mercado de trabalho, da atividade e da disciplina dos trabalhadores que exercem estas funções. Em termos de formação, embora o Código do Trabalho (87) e a Lei de Bases da Saúde (88) fixem o direito e estipulem a necessidade dos trabalhadores frequentarem formação inicial e de formação de atualização adequadas às funções a desempenhar, verifica-se que, na prática, o acesso a um posto de trabalho não está limitado a candidatos detentores de habilitações específicas e reconhecidas para desenvolver esta atividade (11,12,14).

A ausência de organismos próprios para regulação da atividade e de mecanismos que garantam o registo, junto das entidades competentes pelo planeamento e gestão da força de trabalho da saúde, dos auxiliares de saúde em funções nas diferentes instituições e setores de atividade dificultam a obtenção de dados para caracterizar este segmento da força de trabalho (11,12). Os poucos elementos disponíveis dizem sobretudo respeito aos auxiliares que atuam em instituições do SNS e, tal como noutros países europeus, mostram a necessidade de aprofundar o conhecimento das características e dinâmicas deste segmento da força de trabalho e fazer a sua gestão e planeamento, antecipando cenários de escassez ou excesso, ou para analisar os seus fluxos migratórios (8,11,51).

⁸ Em Portugal, as carreiras dos enfermeiros deixaram prever a existência de auxiliares de enfermagem ou de outras categorias destinadas a enfermeiros com um perfil menos diferenciado desde a segunda metade da década de 1970. Atualmente, a utilização do título de Enfermeiro está reservada a profissionais que tenham concluído formação de nível superior em enfermagem legalmente reconhecida e que sejam detentores de cédula profissional emitida pela Ordem dos Enfermeiros (85).

Os auxiliares de saúde no setor público

Desde 2008 que os auxiliares de saúde do setor público⁹ atuam sob designação de Assistente Operacional (AO) e estão integrados numa carreira geral dos trabalhadores da administração pública com a mesma designação, juntamente com outros trabalhadores de grupos ocupacionais com funções operacionais e de apoio, de caráter mais físico e de menor complexidade funcional, tais como motoristas, operários de manutenção ou cozinheiros (89). Tratando-se de uma carreira geral, o conteúdo funcional dos vários grupos ocupacionais que a integram deve ser definido no âmbito das instituições em que os trabalhadores estão integrados (12). Antes desta revisão de carreira, os trabalhadores com funções de auxiliar de saúde tinham a designação de Auxiliar de Ação Médica (AAM)¹⁰ e estavam integrados nas carreiras profissionais do pessoal dos serviços gerais (90).

Os dados disponíveis mostram que, no final de 2018, o número total de AO do SNS ascendia a 25125 trabalhadores, um contingente só ultrapassado em número por enfermeiros e médicos (91). Embora estes dados não se encontrem desagregados por função, sabe-se que grande maioria destes AO dava apoio à prestação de cuidados a utentes, desempenhando as tarefas em tempos atribuídas aos AAM (11,12).

Os auxiliares de saúde nos setores privado e social e solidário

A escassez de elementos sobre a força de trabalho da saúde das instituições privadas e do setor social e solidário (doravante designado por setor social)¹¹ vem sendo apontada há largos anos como um obstáculo ao conhecimento e planeamento dos RHS em Portugal, pela dificuldade de dimensionar e caracterizar os diversos grupos profissionais, as suas condições de trabalho ou até mesmo a extensão dos fenómenos de duplo emprego ou de transição entre os setores público, privado e social (11,80,82,82). No caso dos auxiliares de saúde, esta dificuldade é acrescida pela já referida inexistência de obrigatoriedade de

⁹ O setor público compreende estabelecimentos de acesso universal integrados no SNS e nos serviços de saúde das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, bem como os estabelecimentos de acesso restrito integrados nos serviços de saúde militar e prisional.

¹⁰ Inicialmente fixada no quadro das carreiras da administração pública, a designação de Auxiliar de Ação Médica acabou por se generalizar aos trabalhadores com funções similares que atuavam noutras instituições (mesmo que formalmente tivessem outras designações), sendo ainda hoje utilizada de forma coloquial para identificar este segmento da força de trabalho.

¹¹ Segundo a legislação portuguesa, o setor social e solidário é composto pelas instituições particulares de solidariedade social e por aquelas que, legalmente, lhes são equiparadas (92).

inscrição numa associação profissional ou de registo dos trabalhadores integrados no mercado de trabalho, bem como por uma relativa indefinição em torno do seu perfil, que se traduz numa multiplicidade de designações dadas a estes trabalhadores ou pela sua integração nas carreiras gerais do pessoal setor.

Note-se que, para lá dos auxiliares de saúde que trabalham em unidades de saúde do setor privado e social, há ainda trabalhadores a desempenhar funções similares fora do sistema de saúde, em entidades tuteladas pelo Ministério do Trabalho e Segurança Social, nomeadamente em estabelecimentos e instituições de acolhimento/residência destinadas a pessoas de várias idades (sobretudo idosos) com algum grau de dependência e/ou patologia, bem como em equipas que asseguram prestação de cuidados domiciliários (11). Não ignorando esta realidade, esta investigação centra-se auxiliares de saúde que atuam ao nível do sistema de saúde.

1.1.6.1.1 A formação dos Auxiliares de Saúde em Portugal

A formação dos auxiliares de saúde é preocupação de longa data, partilhada pelos próprios e por especialistas de recursos humanos, encontrando-se referências esporádicas a essa necessidade na literatura e em documentos técnicos e estratégicos¹² (11,86,93).

Embora a necessidade dos trabalhadores serem detentores de formação adequada às funções que desempenham esteja inscrita na lei e a criação de um curso de formação inicial para os AAM do setor público estivesse prevista desde 1980, só com a integração da qualificação de TAS no CNQ foi possível estabelecer, a partir de 2011, uma oferta de formação de base dirigida a este segmento da força de trabalho (12,15,90).

Conhece-se pouco sobre o processo de criação desta qualificação, não tendo sido possível identificar nenhuma análise aos resultados alcançados com a implementação da política de formação de TAS ou ao seu impacto no perfil da força de trabalho da saúde, nomeadamente sobre a adequação do seu perfil e das competências às necessidades do sistema de saúde ou sobre a adequação no número de auxiliares formados e sua integração no mercado de trabalho.

¹² Tal como acontece com a generalidades das questões sobre os auxiliares de saúde em Portugal que surgem na literatura, as referências sobre as necessidades formativas são, essencialmente, relativas aos trabalhadores do SNS.

1.1.6.2 Os Técnicos Auxiliares de Saúde

De acordo com o perfil de saída inscrito no CNQ, ao terminar o curso de TAS os formandos terão conhecimentos teóricos e práticos para, dentro de um quadro de responsabilidades definido no âmbito institucional em que atuam e sob a orientação de profissionais de saúde com formação superior, auxiliar na prestação de cuidados de saúde aos utentes, na recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização dos espaços e no apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde (15).

1.1.6.2.1 Formação dos Técnicos Auxiliares de Saúde

O certificado de TAS pode ser obtido pela frequência e conclusão de cursos de dupla certificação (escolar e profissional) ou, se o formando já tiver concluído os 12 anos de escolaridade obrigatória, de cursos de formação profissional. No que respeita à componente profissionalizante da formação, a conclusão do curso permite obter um certificado de nível 4 de qualificação que, em virtude do alinhamento do Sistema Nacional de Qualificações com o Quadro Europeu de Qualificações, garante condições de reconhecimento e equivalência no mercado de trabalho comum (16).

Além de delimitar uma formação inicial orientada para o desempenho de funções numa determinada área, a integração de uma qualificação no CNQ contempla a criação de mecanismos para certificação profissional dos trabalhadores no ativo, através de processos de reconhecimento e validação de competências previamente adquiridas (77). No caso do TAS, o referencial que deveria orientar o RVCC só foi disponibilizado em 2020, um atraso de quase uma década que nunca foi oficialmente explicado e que motivou descontentamento e insatisfação dos auxiliares (17).

1.1.6.2.2 Os Técnicos Auxiliares de Saúde no mercado de trabalho

Os TAS integram as equipas de saúde com funções de auxiliar de saúde. No SNS, são integrados na categoria genérica de AO, sendo equiparados em pé de igualdade com trabalhadores que, não possuindo qualquer formação ou, em alguns casos, experiência, prestam os mesmos serviços (12), não sendo possível identificar mecanismos formalmente instituídos para garantir prioridade à contratação de auxiliares já formados. Quanto aos setores privado e social, embora se registre um enorme desconhecimento sobre

a força de trabalho que atua nestes setores (11), não há indícios que façam supor a existência de um cenário muito diferente daquele que se verifica no SNS.

Para vários autores, estas indefinições na carreira ou no quadro funcional, a que se associa um baixo nível salarial e trabalho intensivo, podem gerar indisponibilidade de TAS com formação para integrar o mercado de trabalho (40,41), motivar o abandono da atividade ou dar origem a fluxos migratórios para países onde a procura é elevada e as condições de trabalho e desenvolvimento profissional um fator de atração, opções que podem ter implicações negativas para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e para os seus utentes e que, no caso dos médicos e enfermeiros portugueses, suscitam interesse e preocupação (83,84).

Não se conhecem dados sobre a oferta e procura de TAS, nem sobre a sua empregabilidade ou os efeitos das condições de trabalho na sua disponibilidade para integrar o mercado de trabalho. Quanto à emigração, não existindo dados concretos sobre o fenómeno, são conhecidas as campanhas levadas a cabo em Portugal para recrutar TAS e de cuidadores que, independentemente da sua formação e experiência, são contratados para cuidar em casa e em lares de terceira idade ou para integrar equipas de suporte a cuidados domiciliários ou hospitalares em vários países da Europa (94).

1.2 Modelo teórico do estudo

Situada num quadro teórico de *análise de políticas*, esta investigação aborda a formação de Técnicos Auxiliares de Saúde enquanto via para capacitação e reforço da força de trabalho da saúde em Portugal. Na síntese do modelo teórico do estudo (Figura 4) foram integrados contributos de vários autores, com destaque para os elementos do triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson (19,35,37), a ferramenta utilizada para conduzir o investigação, bem como os aspetos estruturais na relação dos Recursos Humanos com as funções do sistema de saúde, abordados por Mercer e colegas (1), e os determinantes da oferta de trabalhadores da saúde propostos por Vujicic e Zurn (33) e reiterados pela OMS, na *Global Strategy on Human Resources for Health: workforce 2030* (42), como basilares na compreensão e intervenções no mercado de trabalho.

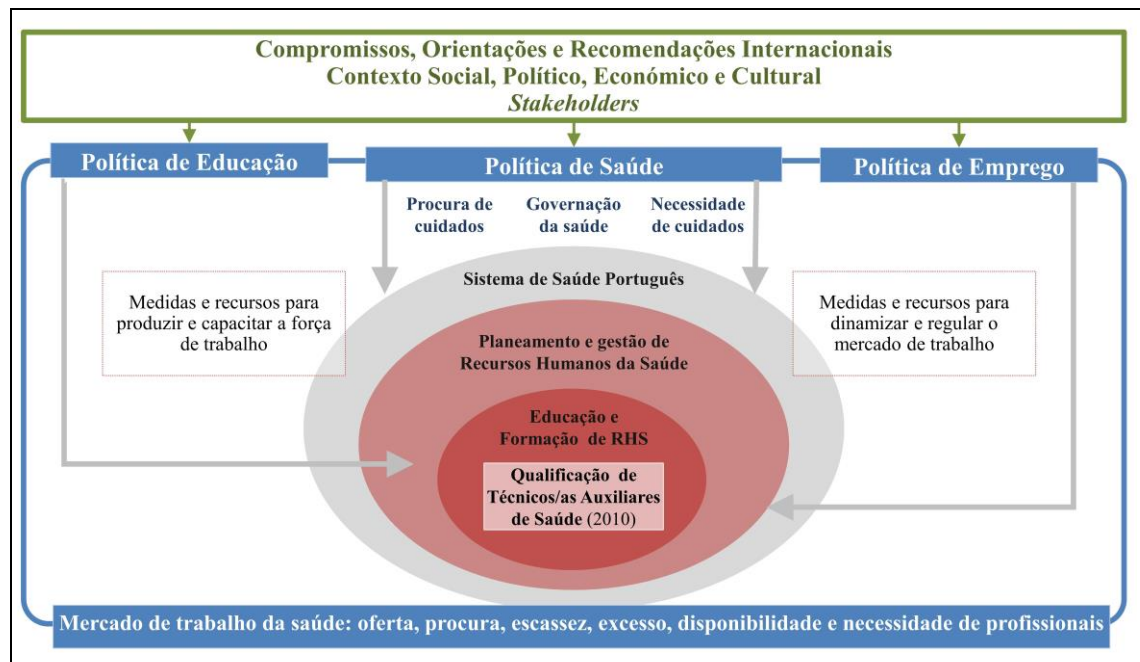


Figura 4 - Modelo teórico do estudo

Tratando-se de uma análise retrospectiva, centrada numa política já decidida e implementada, esta abordagem procura traçar uma visão abrangente da forma como ela foi elaborada. Para tal, propõe-se um olhar sobre o enquadramento e o percurso da política que instituiu a formação dos Técnicos Auxiliares de Saúde que, através da análise dos seus conteúdos, da intervenção dos atores envolvidos na sua criação e implementação e de alguns dos seus resultados, permite descrever e compreender alguns dos seus resultados e reunir elementos que possibilitam não só um maior conhecimento, planeamento e gestão da força de trabalho da saúde como, eventualmente, alterar ou corrigir trajetos (19).

1.2.1 Objetivo geral

Considerando que os auxiliares de saúde são parte substancial e pouco conhecida da força de trabalho da saúde, bem como as preocupações e recomendações de especialistas e organizações internacionais relativas à necessidade de clarificar o perfil destes trabalhadores, de reforçar a sua qualificação e de dar especial atenção à sua inserção e desempenho no mercado de trabalho, esta investigação tem por objetivo geral *contribuir para o conhecimento da força de trabalho da saúde pela análise do processo de criação e implementação da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde adotada em Portugal em 2010.*

1.2.2 Objetivos específicos

- OE1. Identificar literatura relevante sobre o perfil, atividade e formação dos auxiliares de saúde na Europa, publicada entre o início de 2007 e o final de 2016.
- OE2. Caracterizar o percurso dos auxiliares de saúde na história recente do sistema de saúde português (1971-2019).
- OE3. Descrever o contingente de auxiliares de saúde a atuar no mercado de trabalho português em 2018 quanto à sua dimensão, composição e distribuição.
- OE4. Compreender o posicionamento da política de qualificação de TAS no contexto da formação e utilização de auxiliares de saúde na europa, através da sua descrição e comparação com as recomendações de especialistas para promoção e alinhamento da formação e atividade dos auxiliares de saúde na União Europeia.
- OE5. Enquadrar o processo de criação da qualificação de TAS na estratégia de recursos humanos da saúde em Portugal.
- OE6. Descrever e analisar o processo de criação da qualificação de Técnicos Auxiliares de Saúde, procurando identificar a origem e objetivos deste processo, o contributo dos atores envolvidos e os seus resultados.
- OE7. Descrever o contingente de formandos que iniciaram e concluíram formação de Técnicos Auxiliares de Saúde entre 2011 e 2018 quanto à sua dimensão, composição e distribuição.

2. Material e métodos

2.1 Paradigma de análise e desenho da investigação

A descrição da problemática que motivou este trabalho e a definição do seu modelo teórico situam a investigação numa via descritiva e explicativa, de descoberta e compreensão de um fenómeno, em que a intervenção e subjetividade dos atores nele envolvidos ocupam um lugar central, sendo esta uma abordagem própria de um paradigma qualitativo de análise (35,95–99). Complementarmente, na fixação dos objetivos específicos foram integrados aspetos de análise quantitativa (OE2 e OE7) que permitem alargar a base de conhecimento alcançado pela abordagem qualitativa e, dessa forma, aprofundar a compreensão da política em estudo (18,100).

Desta forma, a investigação compreende uma abordagem múltipla (ou de métodos mistos), composta por um referencial teórico qualitativo principal e por uma componente quantitativa secundária concomitante, utilizada com um objetivo de expansão, ou seja, para aumentar a amplitude e alcance da pesquisa (100). Em termos metodológicos, optou-se pela realização de um estudo de caso, antecedido por uma revisão integrativa da literatura para identificar e caraterizar fontes de evidência relevantes para uma compreensão alargada dos seus resultados (101).

Utilizados com frequência em processos de análise de políticas enquadrados pelo triângulo de Walt e Gilson (95), os estudos de caso constituem, segundo Yin (102), uma abordagem metodológica apropriada para situações em que se procura compreender o *como* e o *porquê* de um fenómeno social complexo e contemporâneo ao investigador, em que este tem pouco controlo sobre o desenrolar dos acontecimentos e existe a preocupação de enquadrar em todo o processo de análise aspetos contextuais, conteúdos, processos e perspetivas dos atores neles envolvidos.

Cruzando esta perspetiva com o modelo teórico do estudo e os seus objetivos, foi estabelecida a realização de um estudo de caso único centrado na estratégia de qualificação de Técnicos Auxiliares de Saúde adotada em Portugal em 2010. Na sua estrutura foram incorporadas duas Unidades de Análise (UA), orientadas para dimensões particulares deste fenómeno (102,103):

UA1: Auxiliares de Saúde em Portugal - Centrada no grupo ocupacional a que se dirige a estratégia de qualificação e no contexto em que esta surgiu e foi implementada, esta UA foi desenhada para responder aos objetivos de caracterização do percurso dos auxiliares de saúde na história recente do sistema de saúde português (OE2) e de descrição do contingente de auxiliares de saúde a atuar no mercado de trabalho em Portugal (OE3).

UA2: Qualificação de Técnicos Auxiliares de Saúde - Centrada na criação e implementação da qualificação de TAS, a UA2 compreendeu uma abordagem aos conteúdos da qualificação (OE4), ao processo da sua elaboração (OE5 e OE6) e a alguns dos resultados alcançados (OE7).

A Figura 5 reflete a integração dos diferentes OE no desenho da investigação.

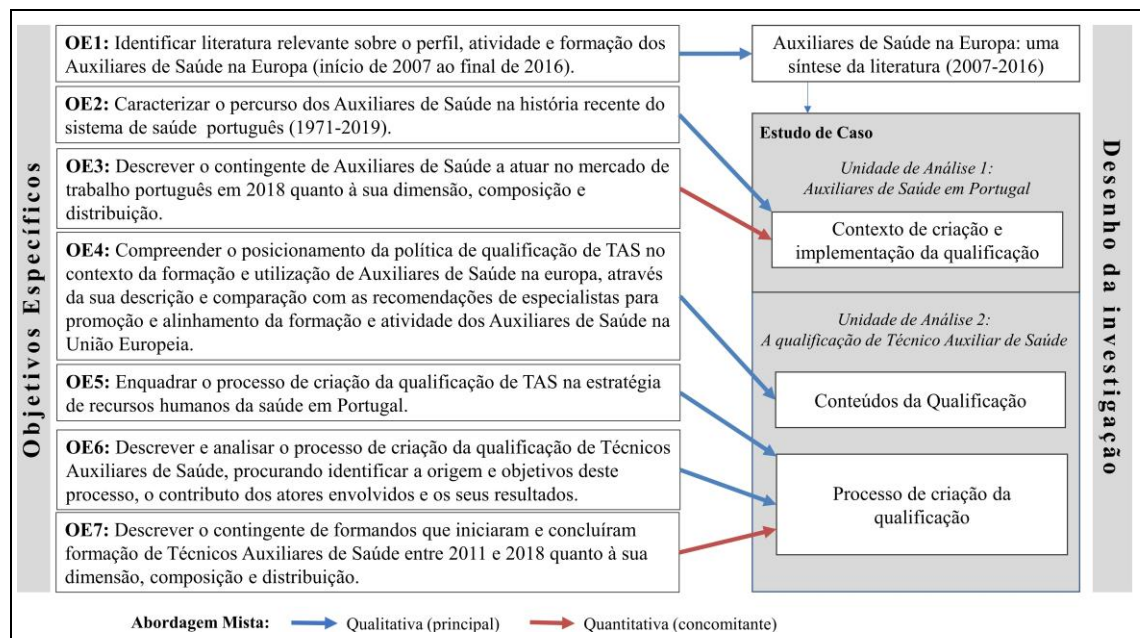


Figura 5 - Desenho do estudo: Integração dos objetivos específicos da investigação

2.2 Revisão integrativa da literatura

Utilizada com frequência na investigação científica, a revisão da literatura permite aumentar e consolidar conhecimentos sobre determinado tema, sendo também utilizada com fins exploratórios (101). Entre os diferentes métodos de revisão descritos na literatura, a revisão integrativa é apresentada como uma opção para situações em que se pretende resumir o passado da literatura empírica ou teórica e estabelecer conclusões

gerais a partir de vários estudos, contribuindo dessa forma para alcançar uma compreensão mais abrangente de um fenómeno particular (104–106).

Conduzida com o objetivo de identificar literatura relevante sobre o perfil, atividade e formação dos auxiliares de saúde na Europa publicada entre o início de 2007 e o final de 2016 (OE1 da investigação), esta revisão permitiu reunir um conjunto de elementos que contribuíram para uma compreensão mais ampla dos resultados do estudo de caso.

A revisão foi orientada por um protocolo previamente estabelecido, que incluiu a fixação de um quadro conceptual, da estratégia de pesquisa e dos procedimentos de seleção, análise e síntese da evidência, bem como de apresentação de resultados (107). Face ao objetivo traçado para a revisão e ao seu papel complementar no estudo de caso, na síntese de evidência e apresentação de resultados privilegiou-se uma abordagem descritiva da literatura consultada, bem como a consolidação de um quadro de referência para refletir a temática que está no centro deste projeto de investigação.

Os trabalhos foram conduzidos pelo autor da investigação que, nas fases de conceção do protocolo e de seleção dos documentos sujeitos a revisão (junho de 2017 – fevereiro de 2018), contou com a colaboração de uma equipa de investigação composta pela Doutora Isabel Craveiro, professora auxiliar no IHMT/NOVA, e pela Doutora Ana Paula Cavalcante de Oliveira, consultora para a área de Recursos Humanos da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde.

Nas operações de gestão e análise de documentação foram utilizadas três ferramentas informáticas: o gestor de referências bibliográficas *Zotero* (versão 5.0 e seguintes) para apoio na organização dos documentos utilizados, a folha de cálculo *Microsoft Excel®* (versão de 2016 e seguintes) para apoio aos trabalhos de classificação e análise, e o software *MAXQDA®* (versão de 2018 e seguintes) para apoio à análise de conteúdos.

2.2.1 Quadro conceptual da revisão

A revisão teve como ponto de partida a seguinte pergunta de investigação: considerando a importância e o reforço do papel dos auxiliares para funcionamento e sustentabilidade dos sistemas de saúde, como se caracteriza o conhecimento sobre o perfil, formação e atividade destes trabalhadores, disponível na literatura branca e cinzenta?

O perfil profissional corresponde à descrição do conjunto de atividades e saberes requeridos para o exercício de uma determinada ocupação (16). Ou seja, é um quadro definidor do papel de um grupo ocupacional específico e do lugar que ocupa na divisão social do trabalho (44) que, além de clarificar um espaço de atuação e as competências necessárias ao seu desempenho, estabelece os requisitos formais para o exercício dessa atividade, tais como os mecanismos de formação e acesso ao mercado de trabalho.

Reconhecendo a dificuldade de abordar isoladamente as três dimensões que estão no centro da revisão, devido à proximidade e interdependência entre perfil, atividade e formação que a conceção acima descrita integra, estabeleceu-se que a abordagem ao perfil se centraria em questões mais conceptuais e formais em torno da definição dos parâmetros de atuação e das características que este segmento da força de trabalho deve apresentar, ao passo que as abordagens à sua formação e atividade se centrariam mais no quotidiano dos auxiliares de saúde em diferentes contextos de prestação de cuidados.

2.2.2 Procedimentos

De acordo com o objetivo da revisão, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão a usar nas fases de pesquisa nas bases de dados e de análise exploratória dos documentos, bem como na análise de documentos que, tendo sido identificados durante a exploração da literatura ou por sugestão de informadores chave, foram considerados elegíveis para revisão. Este conjunto de critérios foi ajustado ao longo da pesquisa e exploração inicial dos documentos, de modo a refinar o processo de seleção (Tabela 2).

Tabela 2 - Revisão integrativa de literatura: Critérios de inclusão e exclusão de documentos

Critérios de inclusão	- Língua (português, castelhano, inglês) - Intervalo de tempo (01/01/2007- 31/12/2016) - Textos que abordem perfil, formação e atividade profissional dos auxiliares de saúde - Textos publicados relativos ao contexto europeu - Textos de livre acesso nas bases de dados consultadas - Tipo de publicação (publicações científicas, revistas de especialidade ou profissionais indexadas, teses ou dissertações académicas, relatórios técnicos ou documentos oficiais) - Investigações de carácter qualitativo ou quantitativo - Artigos de opinião
Critérios de exclusão	- Documentos que não cumprem os critérios acima definidos - Documentos em que surgem referências aos auxiliares, mas cujo foco é outro grupo de trabalhadores - Relatórios de estágio - Artigos de carácter informativo
Critérios de exclusão acrescentados durante o processo	- Documentos que abordam simultaneamente contexto europeu e fora da Europa - Resumos ou esquemas de apresentação em conferências - Protocolos de investigação - Artigos de agência noticiosa - Artigos de carácter informativo em revista profissional ou de especialidade - Documentos de apresentação de dispositivos, medicamentos ou soluções empresariais

Pesquisa nas bases de dados

A pesquisa foi realizada em outubro de 2017 num conjunto de bases de dados que inclui a *Nova Discovery*¹³, *Scielo* e *PubMed*. Foi utilizado um conjunto de palavras-chave e descritores, estabelecidos numa pesquisa prévia para identificar terminologia frequente relacionada com a temática da revisão (Tabela 3).

Tabela 3 - Revisão integrativa de literatura: palavras-chave e descritores utilizados na pesquisa

Português	Inglês	Castelhano
- “Auxiliar de Saúde” - “Auxiliar de Acção Médica” - “Auxiliar de Enfermagem” - “Assistente Operacional” + “Saúde”	- “Healthcare Assistant” - “Health Care Assistant” - “Nurse Auxiliary” - “Nurse Aide” - “Health Support Workers”	- “Auxiliares de Enfermería” - “Enfermeros Auxiliares” - “Ayudante de Enfermería” - “Enfermero Asistente” - “Enfermero Auxiliar”

¹³ EBSCO Discovery Service, permite meta-pesquisa de todos os recursos bibliográficos da Universidade Nova de Lisboa (catálogos das Bibliotecas, revistas, bases de dados, e-books, Repositório da Universidade NOVA e b-on).

A pesquisa incidiu no título, palavras-chave e resumo/*abstract* de documentos publicados no intervalo de tempo estabelecido, tendo sido utilizada linguagem booleana para combinar as palavras-chave. Quando possível, foram adotados limitadores da pesquisa, tais como idioma (português, inglês e castelhano), intervalo de tempo da publicação e a possibilidade de aceder ao documento em *full access*. Os resultados foram exportados de cada base de dados pela geração de um ficheiro de meta-dados (com extensão *.ris*) que, por sua vez, foi importado para o gestor de referências. Nesta operação foram identificados registos duplicados ou que não se encontravam em livre acesso, o que determinou a exclusão de 2.445 referências do conjunto de 4.485 inicialmente identificadas.

Seleção dos documentos

A seleção envolveu várias etapas de leitura e análise, com múltiplos níveis de profundidade, as quais permitiram identificar registos repetidos e, pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, eliminar documentos sem interesse para o presente estudo.

Esta fase iniciou-se com exportação de meta informação das referências para um ficheiro *Excel®*, seguindo-se a sua organização. Conduzida pelo investigador principal, este procedimento permitiu identificar e eliminar 1.329 referências que não correspondiam aos critérios de pesquisa inicialmente aplicados (idioma de publicação, âmbito geográfico, intervalo de tempo estabelecido, temática em estudo ou tipo de publicação).

Ao todo foram considerados 711 documentos para análise pela equipa de revisão, que procedeu à leitura do resumo de cada documento para aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os casos que suscitaram dúvida foram submetidos a uma segunda leitura por outro elemento da equipa, seguindo-se a discussão sobre inclusão ou exclusão ou sobre a necessidade de uma leitura integral para confirmar decisão. Nesta fase foram eliminados 311 registos.

Leitura integral

Foram selecionados 400 registos para leitura integral, realizada pelo investigador principal. A primeira leitura integral teve fins exploratórios e resultou na exclusão de 235 referências por se verificar que não cumpriam critérios de inclusão.

Material e métodos

Nesta fase foram ainda eliminados 72 documentos por se ter verificado que os auxiliares, integrando a população em estudo, não eram particularmente focados na apresentação de resultados ou, sobretudo, na sua discussão e conclusões, sendo ignorados ou englobados em categorias mais amplas, como por exemplo a de “pessoal de enfermagem” ou “outros trabalhadores”. Além de não permitir particularizar evidência sobre este grupo ocupacional, tal opção sinaliza a menor importância que é dada a estes trabalhadores quando comparada com a que é dada a enfermeiros, médicos ou outros.

Aos 93 documentos considerados para revisão foram acrescentados manualmente mais dois, identificados ao longo do processo como de interesse relevante para este trabalho. A Figura 6 apresenta uma síntese das diferentes etapas deste processo.

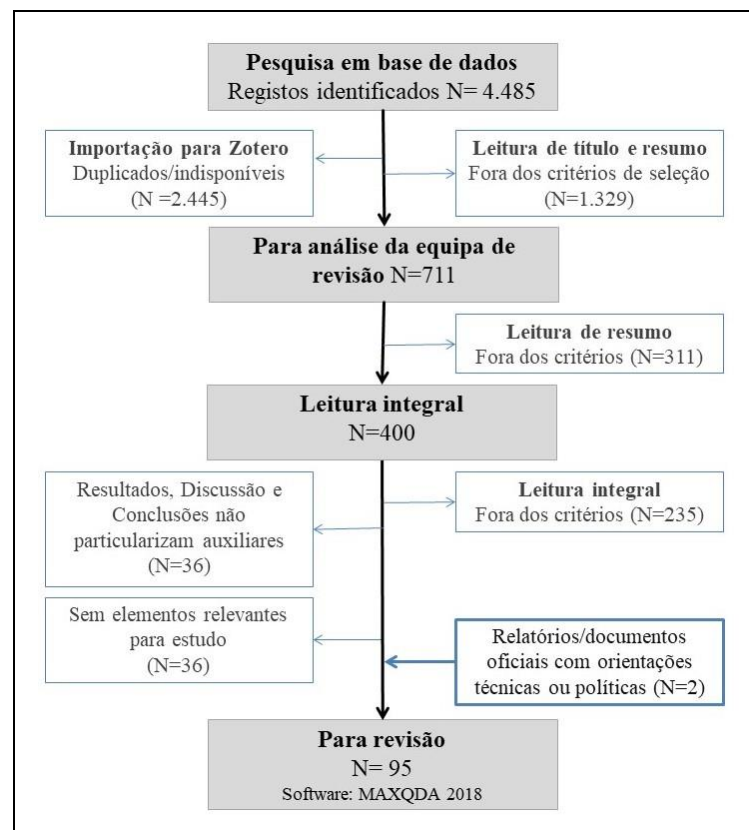


Figura 6 - Revisão integrativa de literatura: seleção de documentos para revisão

Análise e síntese

A análise foi orientada para uma leitura particular sobre a forma como cada uma das três dimensões referidas emerge e se evidencia, sem deixar de observar a relação que os diferentes temas que com elas estão ligados estabelecem entre si, bem como os aspetos

que, isoladamente ou em conjunto, as influenciam e determinam (108). A análise da formação incidiu em evidência relacionada com a educação e formação iniciais deste segmento da força de trabalho, bem como nas iniciativas que visam o reforço das competências e conhecimentos dos trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho. A análise da atividade, por seu lado, procurou olhar para a sua prática quotidiana, dando particular atenção à forma como esta decorre no seio das equipas de saúde, à adequação dos seus conhecimentos para as funções desempenhadas e a aspetos relacionados com as suas condições de trabalho.

O processo de análise de conteúdos foi orientado por uma grelha criada a partir de uma leitura exploratória inicial de parte dos documentos selecionados, contendo categorias relacionadas com os principais temas e questões que marcam a produção científica e as reflexões em torno do perfil, da formação e da atividade dos auxiliares de saúde.

Entre os temas emergentes, foi dada particular atenção a aspetos que determinaram e ajudam a explicar algum ganho de protagonismo destes trabalhadores na agenda de investigadores, especialistas e decisores, fatores esses que, no seu conjunto, concorrem não só para a compreensão geral da evolução do papel dos auxiliares, como para enquadrar aquelas que, também na literatura revista, são apontadas como necessidades e prioridades para desenvolvimento deste segmento da força de trabalho.

2.3 Estudo de Caso

O recurso ao triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson para orientar a condução do estudo de caso pressupõe que o foco da análise de políticas está centrado simultaneamente no contexto, nos conteúdos, no processo de criação da política (que inclui alguns dos seus resultados) e na perspetiva dos atores que participam no desenho e implementação de uma política, pelo que os dados a analisar devem ter origem em fontes diversificadas e ser recolhidos preferencialmente junto de pessoas, atores ou especialistas, e em documentação (35,95). Além destas, no delinear da estratégia de investigação de um estudo de caso podem ser incluídas outras fontes e técnicas de colheita de dados (e sua posterior análise) que se adequem aos objetivos e natureza da investigação a realizar (102,103).

Embora cada uma das UA diga respeito a uma dimensão particular do caso em estudo, a sua complementaridade em termos temáticos e a proximidade entre os objetivos a que

procuram responder permitiu delinear uma abordagem geral para a recolha de dados (Figura 7), que compreendeu:

- Entrevistas a atores envolvidos no processo de criação da qualificação de TAS;
- Auscultação pontual a informadores-chave identificados ao longo da investigação;
- Análise documental;
- Compilação e análise de dados secundários relativos aos auxiliares de saúde integrados no mercado de trabalho e aos formandos que iniciaram e concluíram o curso de TAS no período entre 2011 e 2018.

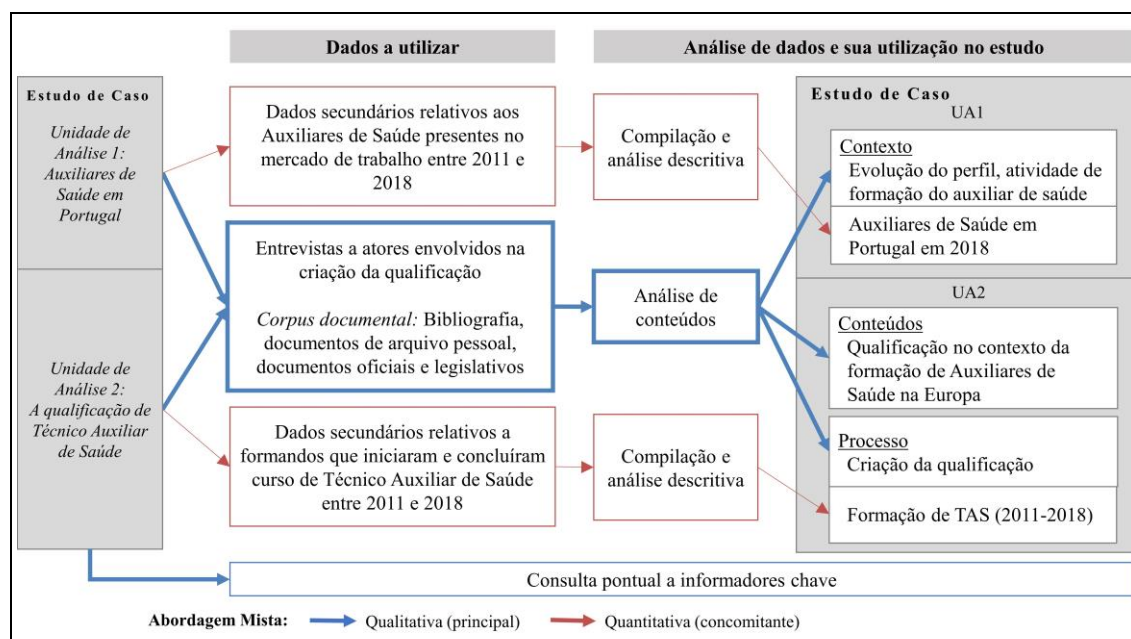


Figura 7 - Estudo de Caso: estratégia de recolha e análise de dados

2.3.1 Entrevistas aos atores envolvidos na criação da qualificação

A realização de entrevistas semiestruturadas a atores envolvidos nas diferentes fases do processo de criação da qualificação de TAS permitiu recolher dados que, por serem referentes ao contexto em que a medida surge, ao processo da sua criação e implementação e aos seus conteúdos (95), contribuíram para alcançar os objetivos específicos da investigação em ambas as UA.

População e amostragem

A população a entrevistar correspondeu os representantes das diferentes entidades envolvidas nos trabalhos de desenvolvimento e validação da proposta de qualificação de

TAS. Na impossibilidade de identificar, contactar e entrevistar toda a população, optou-se pela constituição de uma amostra intencional, não probabilística, através de um processo em bola de neve (96,109,110), composta por 12 pessoas que estiveram envolvidas em diferentes fases do processo. A constituição desta amostra obedeceu a critérios de abrangência, diversidade e pertinência, de modo a alcançar o máximo de atores e instituições possíveis (95).

Através de elementos fornecidos por um informador-chave, no início da investigação foram identificados alguns destes atores e realizadas as primeiras entrevistas. Numa destas entrevistas foi possível aceder a uma listagem das entidades que participaram no processo e identificar alguns dos seus representantes. Entre junho de 2017 e junho de 2018 foram endereçados pedidos de entrevista por escrito a 18 dos intervenientes no processo, aqueles cujo contacto foi possível identificar¹⁴. Perante a ausência de resposta a parte destes pedidos, alguns convites foram reforçados por escrito e através de contacto pessoal. Das 13 respostas obtidas, apenas uma entrevista ficou por realizar devido a dificuldades de agenda dos intervenientes.

Os contactos com potenciais entrevistados terminaram após a realização da 12ª entrevista, uma vez que, além da impossibilidade de prolongar a investigação no tempo, a amostra já incluía todos os atores que foram sendo referidos pelos diferentes entrevistados como os mais relevantes e porque a análise ao conteúdo das entrevistas indiciava ter sido atingido um elevado nível de saturação temática (109).

Na sua composição final (Tabela 4), a amostra incluiu dois técnicos superiores da administração pública, um profissional de saúde que, à época, desempenhava funções de decisor político e nove representantes de outras organizações ou entidades envolvidas. Quatro dos entrevistados desempenhavam ou desempenharam funções de AS durante a quase totalidade do período em análise, detendo uma experiência e conhecimento fundamentais para a reconstituição do percurso histórico analisado.

¹⁴ O texto base utilizado para pedido de entrevista pode ser consultado no Anexo n.º 1.

Tabela 4 - Estudo de caso: Atores entrevistados para colheita de dados

Ator entrevistado (código de identificação)	Posição ocupada à época da criação da qualificação	Data entrevista	Local da entrevista
E1	Representante sindical	Setembro de 2017	Indicado pelo entrevistado (1)
E2	Representante sindical, auxiliar de saúde	Junho de 2018	Instalações IHMT/NOVA
E3	Representante de instituições do setor privado (associação patronal)	Setembro de 2018	Indicado pelo entrevistado (1)
E4	Representante da Ordem dos Enfermeiros	Setembro de 2018	Instalações IHMT/NOVA
E5	Representante da Ordem dos Enfermeiros	Outubro de 2018	Indicado pelo entrevistado (1)
E6	Técnico superior ANQ	Janeiro de 2019	Indicado pelo entrevistado (1)
E7	Representante associativo, auxiliar de saúde	Fevereiro de 2019	Indicado pelo entrevistado (1)
E8	Técnico superior da ACSS (Ministério da Saúde)	Mai de 2019	Instalações IHMT/NOVA
E9	Profissional de saúde com funções de decisor (Ministério da Saúde)	Junho de 2019	Indicado pelo entrevistado (1)
E10	Representante de instituição do setor privado (Escola Profissional)	Junho de 2019	Videoconferência
E11	Representante associativo, auxiliar de saúde	Novembro de 2019	Instalações IHMT/NOVA
E12	Representante associativo, auxiliar de saúde	Novembro de 2019	Instalações IHMT/NOVA

(1) Local não identificado para preservar identidade da pessoa entrevistada

Condução das entrevistas

Os atores participaram em entrevistas semiestruturadas conduzidas pelo autor da investigação, entre setembro de 2017 e novembro de 2019, de acordo com a disponibilidade por eles manifestada. Foram realizadas sem a presença de terceiros, em local escolhido pelos entrevistados: Cinco decorreram nas instalações do IHMT/NOVA, seis foram realizadas em locais sugerido pelo entrevistado e uma, também por sugestão do participante e para ultrapassar constrangimentos de agenda e de distância geográfica, foi realizada por videoconferência, tendo para isso sido utilizada uma sala de conversação fechada da plataforma para reuniões on-line Zoom®.

A gravação, transcrição e utilização de conteúdos das entrevistas foram previamente autorizadas por escrito por cada um dos entrevistados, a quem foram dadas garantias de confidencialidade e proteção de identidade¹⁵.

Na condução de cada entrevista foi utilizado um guião de questões abertas¹⁶, concebidas para facilitar uma abordagem *não diretiva* por parte do entrevistador e permitir aos entrevistados expor e aprofundar o seu ponto de vista, de modo a fazer sobressair perspetiva pessoal e a *especificidade* do contributo dado no processo em análise (111). No desenho de cada guião foram integradas:

- Questões de carácter geral, dirigidas a todos os entrevistados e formuladas para permitir a recolha de elementos para descrever e aprofundar a compreensão sobre os motivos pelos quais estes foram envolvidos no processo, bem como acerca do contexto da criação da qualificação, da forma como o processo se organizou e decorreu e sobre os resultados alcançados;
- Questões específicas, mais relacionadas com o perfil de cada entrevistado, orientadas para intervenção particular e perspetiva de cada ator sobre o processo e para os interesses institucionais que procurou representar;

No final de cada entrevista foram solicitadas indicações relativas a outros informadores a contactar e documentação a consultar, bem como acesso a documentação sobre o processo que estivesse na posse do entrevistado.

Análise de dados das entrevistas

As entrevistas foram transcritas e anonimizadas para eliminar referências diretas ou indiretas a atores ou nomes e referências explícitas a terceiros¹⁷. Seguiu-se um processo de análise dos conteúdos em profundidade, realizado com o apoio de uma grelha de análise composto por categorias temáticas¹⁸.

Esta grelha de análise foi delineado de acordo com os objetivos da investigação e visou ajudar a pôr em evidência aspetos relevantes e elementos discursivos nas narrativas

¹⁵ O termo de consentimento livre e esclarecido pode ser consultado no Anexo n.º 2. Aspetos relativos a ética e conflitos de interesses serão abordados em secção própria deste capítulo.

¹⁶ Guião da Entrevista pode ser consultado no Anexo n.º 3.

¹⁷ Por conterem referências explícitas a outros atores e situações cuja eliminação iria desvirtuar o texto e algumas das afirmações nele contidas, optou-se pela não divulgação das transcrições.

¹⁸ Grelhas com a síntese da análise das entrevistas podem ser consultadas no Anexo n.º 4.

individuais que contribuíssem para a caracterização das diferentes dimensões do processo, tais como a sua origem e a forma como se desenrolou, o seu contexto e raízes históricas, a sustentação das propostas e objetivos a alcançar com a criação da qualificação, o papel dos diferentes intervenientes e a leitura que estes fazem das dinâmicas estabelecidas e dos resultados alcançados (95,109).

2.3.2 Consulta a informadores-chave

A consulta pontual a informadores-chave revelou-se um recurso fundamental ao longo de toda a investigação, permitindo identificar atores a entrevistar e obter documentos relevantes para análise, alguns deles provenientes de arquivos pessoais, situar acontecimentos no tempo e recolher elementos que, cruzados com relatos de outros informadores e, sobretudo, com dados obtidos em documentos e entrevistas, ajudaram a consolidar uma perspetiva geral do caso em estudo.

Foi constituída uma amostra de oito informadores-chave (Tabela 5), selecionados através de um processo em bola de neve orientado por critérios relacionados com o domínio das questões em análise, tais como proximidade ou conhecimento alargado sobre o processo de criação e implementação da qualificação de TAS ou o conhecimento da estrutura e funcionamento de determinadas instituições ou processos burocráticos (96,110).

Tabela 5 - Estudo de caso: Informadores-chave consultados durante a investigação

Informador-chave	Posição ocupada	Período de contacto	Caracterização da consulta realizada
IC1	Auxiliar de Saúde e representante sindical	Janeiro 2017 a Março 2022	Contato pessoal ou por via telefónica para esclarecimento de dúvidas relacionadas com o percurso dos auxiliares e o processo de criação da qualificação; Forneceu documentação.
IC2	Técnico Superior do Ministério da Saúde	Junho 2018 a Março 2022	Contato pessoal ou por via telefónica; Esclarecimento de dúvidas relacionadas com processo de criação da qualificação; Forneceu documentação;
IC3	Profissional de Saúde com funções de gestão no Serviços de Saúde Militar	Maio 2021	Contacto telefónico; Esclarecimento de dúvidas sobre carreiras profissionais no Serviço de Saúde Militar;
IC4	Gestor de Recursos Humanos entidade do setor social	Março 2021	Contacto telefónico; Esclarecimento de dúvidas sobre carreiras profissionais em entidades do setor social;
IC5	Técnico Superior com funções de gestão de informação no Instituto de Emprego e Formação Profissional	Junho 2019 a Julho 2020	Contacto por correio eletrónico; Esclarecimento de dúvidas relacionadas com organização da oferta formativa garantida pelos serviços de emprego e formação profissional; Forneceu documentação;
IC6	Representante sindical	Maio 2017 a Março 2022	Contato pessoal ou por via telefónica para esclarecimento de dúvidas relacionadas com o percurso dos auxiliares e o processo de criação da qualificação; Forneceu documentação;
IC7	Técnico Superior do Ministério da Educação	Junho 2018 a Março 2020	Contacto telefónico e via correio eletrónico; Esclarecimento de dúvidas relacionadas com base de dados da formação.
IC8	Técnico Superior com funções de gestão documental no Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social	Agosto 2020	Contacto pessoal e via correio eletrónico; Acesso a documentação e esclarecimento de dúvidas relacionadas com quadros de pessoal das instituições dos setores privado e social;

2.3.3 Análise documental

A análise documental é uma técnica central na recolha de dados em processos de análise de políticas, permitindo estruturá-la e ajudando a compreender, interpretar e integrar elementos recolhidos através de outras técnicas (95).

A identificação, recolha e análise de documentação decorreu ao longo de toda a investigação, com especial incidência nas fases de preparação do estudo de caso e de

recolha de dados, tendo-se constituído um *corpus documental*, ou seja, de um conjunto de documentos que, pela sua potencial relevância para a compreensão da temática em estudo, foi submetido a análise de conteúdos (112).

No início da investigação foi solicitado acesso aos arquivos de quatro entidades que, segundo relatos de um informador-chave, desempenharam um papel relevante no processo de criação da qualificação, não tendo nenhuma delas acedido ao pedido. Perante tal cenário, optou-se pelo reforço dos métodos secundários de recolha previamente definidos:

- Solicitar aos atores entrevistados que identificassem documentos relativos às matérias em análise para posterior pesquisa ou que cedessem peças dos seus arquivos pessoais que pudessem ser utilizadas na investigação;
- Pesquisa na internet, nomeadamente em bases de dados e repositórios (*Google*, *Google Académico*, *EBSCO*, *PubMed*, *SciELO*) e websites institucionais (sindicatos e associações profissionais, organismos da União Europeia e do governo português dos setores da saúde, educação e do trabalho, Diário da República e imprensa diária);
- Pesquisa em centro de documentação ou solicitação direta de documentos a várias instituições;

Foram identificados 153 documentos¹⁹, que se dividem em literatura científica publicada, artigos de imprensa generalista, documentação oficial de ministérios, associações profissionais e outras entidades, legislação e documentos de carácter legislativo (portarias, acordos coletivos de trabalho, etc.), bem como em literatura cinzenta (113), material não publicado e documentos de trabalho ou circulares internas de instituições, maioritariamente com origem em arquivos pessoais ou encontrada através de pesquisa na internet. A sua inclusão no *corpus documental* implicou uma leitura prévia com objetivos exploratórios, para aferir da pertinência para a investigação.

¹⁹ A lista pode ser consultada no Anexo n.º 5 – Corpus Documental.

Análise de dados

Os documentos integrados no *Corpus Documental* foram submetidos a leitura integral e em profundidade, conduzida com objetivo de alcançar uma visão ampla do seu conteúdo e identificar elementos relevantes para a investigação (112,113).

Nas operações relacionadas com a gestão e análise de documentação foram utilizadas três ferramentas informáticas: o gestor de referências bibliográficas *Zotero* (versão 5.0 e seguintes) para apoio na organização dos documentos utilizados, a folha de cálculo *Microsoft Excel®* (versão de 2016 e seguintes) para apoio aos trabalhos de classificação e análise e o software *Adobe Acrobat Professional®* (versão 2017 e restantes) que permite edição e pesquisa de termos em documentos de formato pdf.

2.3.4 Análise de dados quantitativos secundários

A inexistência de um mecanismo que, à semelhança do que acontece com outros trabalhadores do setor da saúde, centralize informação sobre os auxiliares de saúde de forma sistemática e padronizada dificulta a caracterização deste segmento da força de trabalho e constitui um obstáculo ao seu planeamento e gestão (11).

Na impossibilidade de conduzir um recenseamento ou inquéritos suficientemente alargados para conhecer com mais detalhe os auxiliares de saúde que atuam no sistema de saúde português e os formandos que iniciaram e concluíram o curso de TAS, optou-se pela compilação, exploração e análise descritiva de dados quantitativos secundários relativos a este segmento da força de trabalho que, sendo recolhidos de forma sistemática por diferentes organismos estatais, não têm merecido atenção de investigadores e especialistas.

A exploração e análise de dados foi realizada com recurso à versão 25 do software *Statistical Package for Social Sciences®* (SPSS® 25) da IBM, tendo-se recorrido à folha de cálculo *Microsoft Excel®* como ferramenta de apoio, bem como às notas técnicas que os acompanham (quando disponíveis) e a consulta de informadores chave (Tabela 5, página 42).

2.3.4.1 Dados secundários relativos aos auxiliares de saúde presentes no mercado de trabalho

Foram utilizados dados provenientes do *Inquérito aos Hospitais*²⁰, do *Relatório Único* das empresas, relativo a entidades dos setores privado e social, e dos relatórios anuais de atividade do SNS. Tratando-se de dados recolhidos em diferentes momentos e com recurso a ferramentas distintas, optou-se por uma abordagem segmentada, centrada nos auxiliares que em 2018 atuavam ao nível dos hospitais portugueses, em entidades dos setores privado e social e no SNS, e procurando, sempre que possível, traçar a evolução destes contingentes num período mais alargado.

Auxiliares ao serviço dos hospitais portugueses

O *Inquérito aos Hospitais* tem por objetivo fazer um levantamento exaustivo dos recursos e da atividade desenvolvida por todos os estabelecimentos hospitalares de Portugal continental e das Regiões Autónomas dos Açores (RAA) e da Madeira (RAM)²¹. Resultado de uma parceria entre as autoridades de saúde e o Instituto Nacional de Estatística (INE), o Inquérito é anual e de preenchimento obrigatório, sendo os dados referentes a 31 de dezembro do ano em causa. A informação recolhida é integrada nas estatísticas oficiais do país e utilizada, por exemplo, como fonte do relatório anual das “*Estatísticas de Saúde*” (114,115)²².

Ao abrigo do protocolo para cedência a investigadores credenciados de microdados para fins científicos estabelecido entre o Ministério da Educação e Ciência e o INE, foram solicitados a este instituto os dados do *Inquérito aos Hospitais* referentes aos anos de 2008 a 2018.

²⁰ Em paralelo ao Inquérito aos Hospitais é anualmente conduzido o Inquérito aos Centros de Saúde, extensivo às Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Contrariamente ao que acontece no Inquérito aos Hospitais, a lista de variáveis de caracterização RHS deste inquérito não inclui os Auxiliares de Saúde, sendo estes registados como “outros trabalhadores”, variável genérica destinada a vários grupos ocupacionais.

²¹ Inclui estabelecimentos com gestão pública de acesso universal (integrados no SNS ou nos serviços regionais de saúde) e de acesso restrito (hospitais dos militares e prisionais), bem como hospitais privados e hospitais públicos geridos em regime de parceria público-privado (PPP),

²² Embora seja feita recolha de dados relativa aos Auxiliares de Saúde, o relatório anual não disponibiliza informação relativa a estes trabalhadores.

Após análise preliminar dos dados, tendo-se verificado existência de uma quebra da série temporal na sequência de mudanças metodológicas operadas ao inquérito em 2011, optou-se pela utilização dos dados relativos aos anos do intervalo entre 2011 e 2018.

No que respeita ao registo do pessoal com funções de auxiliar de saúde, em 2011 a variável designada de “Pessoal Auxiliar de Ação Médica” até aí utilizada foi substituída pela de “Pessoal Auxiliar de Enfermagem”, tendo-se verificado a necessidade de reintroduzir uma variável de AAM no ano seguinte. Considerando a inexistência formal de auxiliares de enfermagem em Portugal e que a identificação destas duas variáveis é feita com códigos que as relacionam entre si²³, para efeitos do estudo foram considerados como auxiliares de saúde os trabalhadores classificados em ambas as categorias.

Além de determinar o número total de auxiliares de saúde que atuava na rede hospitalar a 31 de dezembro de 2018 e de caracterizar este contingente quanto a sua dimensão e distribuição por sexo, foi possível traçar a evolução destes indicadores entre 2011 e 2018. Foi ainda analisada a distribuição dos auxiliares pelo território nacional (NUT I e II) e pelos diferentes tipos de hospital dos setores público e privado, bem como a sua proporção em relação ao total de trabalhadores hospitalares, o rácio entre auxiliares de saúde e enfermeiros e o número de auxiliares por 100 mil habitantes nas diferentes regiões do país e por tipo de hospital em 2018.

Auxiliares de saúde ao serviço de entidades dos setores privado e social

Ao abrigo do protocolo para cedência de microdados para fins científicos acima referido, foram solicitados ao INE os dados dos quadros de pessoal das empresas privadas (onde se incluem entidades do setor social) relativos ao período compreendido entre 2008 e 2018. Esta informação é recolhida pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social através do Relatório Único, cujo preenchimento e entrega constitui obrigação anual de todas as entidades com trabalhadores a seu cargo, sendo os dados de pessoal referentes a 31 de outubro do ano em análise (116).

²³ À variável “pessoal auxiliar de enfermagem” foi atribuída a designação C46000 e a “AAM” designação C46500, sendo que, na estrutura do código, a coincidência dos três primeiros elementos (C46) indica a afinidade entre os dois grupos ocupacionais. Por outro lado, não sendo os auxiliares de enfermagem reconhecidos enquanto parte do corpo de Enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros, não estão legalmente habilitados ao desempenho de funções mais diferenciadas do que as que se encontram inscritas no perfil profissional do Técnico Auxiliares de Saúde, devendo por isso ser considerados como AS.

Na análise preliminar dos dados foi identificada uma quebra da série temporal em 2011, na sequência da adoção da Classificação Portuguesa de Profissões de 2010 (CCP/2010) como referência nacional para as estatísticas do mercado de trabalho (117), pelo que se optou por limitar a análise ao período entre 2011 e 2018.

Foi conduzida uma análise exploratória dos dados para determinar o número total de auxiliares de saúde a atuar em instituições dos setores privado e social em 2018, proceder à caracterização deste grupo no que respeita à sua composição por sexo, estrutura etária, escolaridade, bem como às médias salarial e de horas de trabalho semanal, tendo sido possível traçar a evolução destes indicadores entre 2011 e 2018. Foi ainda analisada a sua distribuição pelo território nacional (NUT I e II) e pelos diferentes tipos de empresa a que estão ligados.

Foram considerados como auxiliares de saúde todos trabalhadores classificados pelas entidades empregadoras como Auxiliar de Saúde (código 5321 da CCP/2010) e, seguindo o mesmo critério aplicado na análise dos dados do Inquérito aos Hospitais e a opção de Braeseke e colegas no estudo *Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators* (8), os trabalhadores classificados como Auxiliares de Enfermagem (código 3221)^{24 25}. Ainda de acordo com a perspetiva destes autores, não foram considerados no grupo dos auxiliares de saúde os trabalhadores classificados pela entidade patronal como Ajudante Familiar (código 5322), uma opção que é reforçada pelo facto de existirem, no CNQ, qualificações cujo perfil e quadro funcional estão mais alinhados com esta figura profissional²⁶.

²⁴ Desde a aprovação da CCP/2010 que a Ordem dos Enfermeiros contesta a inclusão da categoria de Auxiliar de Enfermagem neste quadro de profissões, alegando não existir correspondência com a realidade da enfermagem em Portugal (118,119).

²⁵ Acrescente-se que, na análise exploratória dos dados, se fez uma comparação das médias de idade, da composição por sexo, do nível de escolaridade, do número médio de horas de trabalho semanal, do tipo de contrato de trabalho e da média salarial dos trabalhadores classificados como Auxiliares de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, não tendo sido identificadas diferenças de relevo.

²⁶ Nomeadamente as qualificações de Assistente Família e de Apoio à Comunidade (código: 762190, nível 2 de qualificação), Técnico/a de Apoio Familiar e de Apoio à Comunidade (código: 762319, nível 4 de qualificação), Agente em Geriatria (código: 762191, nível 2 de qualificação) e Técnico de Geriatria (código: 762335, nível 4 de qualificação).

Auxiliares de saúde ao serviço dos hospitais portugueses e de outras entidades dos setores privado e social

Através do cruzamento dos dados provenientes do Inquérito aos Hospitais e dos Quadro de Pessoal das empresas foi possível:

- Calcular a dimensão do contingente de auxiliares de saúde ao serviço dos hospitais públicos e de empresas e entidades privadas em Portugal em 2018 e analisar a sua composição por sexo;
- Descrever o tipo de entidade a que estes trabalhadores estão ligados e a sua distribuição geográfica;
- Calcular a razão de auxiliares de saúde por 100.000 habitantes no território nacional (NUT I e II);
- Calcular a razão de auxiliares de saúde por enfermeiros²⁷ no território nacional (NUT I e II);
- Descrever a evolução do número de auxiliares de saúde ao serviço dos hospitais portugueses e de outras entidades dos setores privado e social entre 2015 e 2018 (total e por sexo)²⁸ e observar variações na sua distribuição por tipo de entidade empregadora.

Auxiliares de saúde do SNS

Não tendo sido possível aceder a dados para traçar um retrato claro do contingente de auxiliares de saúde ao serviço de todas as entidades do setor público, optou-se por uma aproximação que contextualiza a sua situação pela análise do contingente de AO do SNS em 2018, complementada com uma perspetiva dos AAM ao serviço em 2014²⁹.

²⁷ Foi considerado o número de profissionais inscritos na Ordem dos Enfermeiros em 2018.

²⁸ O cálculo da dimensão deste contingente só foi possível a partir de 2015, ano em que, após mudanças na estrutura de variáveis do inquérito aos hospitais, passou a ser possível desagregar as unidades do SNS em hospitais do Setor Público Administrativo e hospitais em Parceria Público-Privada (PPP), condição essencial para diferenciar estas unidades e evitar duplicação na contabilização dos recursos humanos, uma vez que estes também estão incluídos na base de dados das entidades privadas.

²⁹ Desde 2015 que os dados relativos aos AO deixaram de surgir desagregados por ocupação, impossibilitando a identificação de elementos relativos à fração de trabalhadores que, dentro desta categoria, exerce funções de Auxiliar de Saúde.

Pela análise descritiva dos dados relativos à força de trabalho do SNS divulgados no relatório anual de balanço e atividades do Ministério da Saúde e, desde 2016, num website próprio³⁰, foi possível caracterizar:

- O contingente de AO que se encontravam ao serviço do SNS em 2018 quanto à sua dimensão e peso relativo no total de trabalhadores do SNS, bem como a evolução destes indicadores entre 2011 e 2018;
- O contingente de AAM que se encontravam ao serviço do SNS em 2014 quanto à sua dimensão, estrutura etária e nível de escolaridade, tendo-se calculado o peso relativo dos AAM entre os AO e os trabalhadores do SNS e o rácio de AAM por enfermeiro, bem como a evolução destes indicadores entre 2011 e 2014.

2.3.4.2 Dados secundários relativos aos formandos que iniciaram e concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018

Desde 2010 que a informação relativa à gestão da rede de oferta educativa e formativa e dos percursos educativos e formativos de jovens e adultos é registada no Sistema de Informação e Gestão da Oferta Educativa e Formativa (SIGO) (16,120,121).

Em maio de 2018 foram solicitados à Direção Geral de Estatística do Ensino e da Ciência (DGEEC), entidade gestora do SIGO, dados relativos aos formandos que iniciaram e concluíram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde em todo o território nacional e nas suas diferentes modalidades desde 2011.

Na análise preliminar destes dados (disponibilizados em março de 2019) verificou-se a inexistência de elementos relativos a parte da formação ocorrida entre 2011 e 2014, nomeadamente sobre os formandos que, em parte deste período, iniciaram o curso na rede escolar ou iniciaram e concluíram cursos nos centros de formação ligados aos serviços de emprego e formação profissional. Foi ainda detetada ausência de dados relativos à formação ocorrida nas Regiões Autónomas.

Perante uma situação limitadora do rigor na análise à formação de TAS no território português ao longo do período em análise, optou-se por uma abordagem mais genérica, com base em dados provenientes de diferentes fontes, tendo sido solicitados ao Instituto

³⁰ <https://www.sns.gov.pt/transparencia>

de Emprego e Formação Profissional (IEFP) e às autoridades de educação das Regiões Autónomas dados para colmatar a informação em falta.

Assim, para efeitos deste estudo foi constituída uma base de dados que agrega elementos relativos ao período 2011-2018 recolhida junto de quatro organismos responsáveis pela gestão dos cursos:

- Dados públicos³¹ e elementos fornecidos DGEEC relativos à formação de TAS na rede escolar em Portugal continental;
- Dados relativos à formação de TAS em centros de formação profissional de Portugal continental, fornecidos pelo Serviço de Estudos, Planeamento e Controlo de Gestão do IEFP;
- Dados relativos à formação de TAS nos Açores fornecidos pela Secretaria Regional da Educação e Cultura do Governo Regional dos Açores (SRECTGRA);
- Dados relativos à formação de TAS na Madeira fornecidos pela Secretaria Regional de Educação, Ciência e Tecnologia do Governo Regional da Madeira (SRECTGRM);

Os dados foram submetidos a um processo de análise exploratória que permitiu descrever:

- O contingente de formandos que iniciaram o curso TAS entre 2011 e 2018, atendendo à sua dimensão (número total e por sexo), distribuição pelo território (NUT I e II) e modalidade de formação frequentada (que permite uma perspetiva da composição do grupo em termos etários).
- O contingente de formandos que, no mesmo período, concluiu o curso de TAS, atendendo à sua dimensão (número total e por sexo), distribuição pelo território (NUT I e II) e modalidade de formação frequentada.

2.4 Questões ética e conflito de interesses

A realização desta investigação foi autorizada pelo Conselho de Ética do IHMT/NOVA³², após autorização para recolha e tratamento de dados emitida pela Comissão Nacional de Proteção de Dados³³.

³¹ Disponíveis em <https://www.dgeec.mec.pt/np4/408/>

³² Parecer n.º 9-2017 (Anexo n.º 6)

³³ Autorização n.º 7851/ 2017 (Anexo n.º 7)

Material e métodos

A fim de garantir os direitos e liberdades dos participantes, bem como a confidencialidade das fontes e a proteção dos dados a utilizar, no início da investigação foram estabelecidos e adotados os seguintes procedimentos:

- O acesso à totalidade da informação recolhida nas entrevistas só foi permitido ao autor do estudo. Para fins académicos, a mesma possibilidade foi dada aos orientadores da investigação, não tendo sido necessário fazer uso dessa prerrogativa;
- Os dados (gravações, transcrições, bases de dados) recolhidos foram armazenados em local próprio e exclusivo, com acesso mediado por palavra-passe;
- A destruição dos registos áudio ocorrerá após conclusão da investigação;
- No ato de transcrição foi acautelada a omissão ou a codificação de elementos que permitam expor a identidade de pessoas envolvidas;
- As transcrições, bem como outros registos escritos, serão destruídas cinco anos após a publicação dos resultados da investigação;
- Antes do início de cada entrevista foi solicitada ao participante que desse autorização para gravação, transcrição e utilização de conteúdos, sendo esclarecidas as medidas que garantem proteção dos seus direitos e integridade;
- Todos os entrevistados foram informados da possibilidade de não gravação das entrevistas e de se retirarem do estudo. Nenhum requereu essa possibilidade;
- Dada a autorização, participante e entrevistador assinaram um documento de consentimento livre e esclarecido³⁴ contendo esta informação. Foram assinadas duas cópias do documento, tendo um dos exemplares sido entregue ao participante e o outro arquivado junto de toda a documentação legal relativa à investigação;
- A todos os entrevistados foram indicados os procedimentos para solicitar eliminação e não utilização do registo das entrevistas, não ocorrido nenhuma solicitação nesse sentido;
- O pedido de dados quantitativos relativos aos hospitais portugueses, aos quadros de pessoal das empresas do setor privados e à formação de TAS foi dirigido às entidades detentoras dessa informação, sendo acompanhado de uma breve explicação dos fins a que se destinariam e de documentação para comprovar a

³⁴ Anexo n.º 2.

Material e métodos

autorização obtida pelo autor para conduzir a investigação e aceder aos elementos requeridos;

- O acesso às bases de dados quantitativos relativos aos hospitais portugueses, aos quadros de pessoal das empresas do setor privados e à formação de TAS foi limitado ao investigador e aos seus orientadores, tendo esta informação sido utilizada para fins exclusivos da investigação.

Conflito de interesses

O autor da investigação e os seus orientadores declaram a inexistência de situações relativas à temática em estudo passíveis de gerar conflito de interesse.

3. Resultados e discussão

Neste capítulo são apresentados e discutidos os resultados da investigação. De acordo com o desenho do estudo (Figura 7, página 37), os conteúdos são apresentados em cinco subcapítulos que, no seu conjunto, contribuem para alcançar uma maior compreensão da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010 e, por essa via, aprofundar o conhecimento sobre a força de trabalho da saúde.

No primeiro subcapítulo é apresentada uma panorâmica geral da literatura sobre auxiliares de saúde na Europa revista na fase preliminar da investigação, através da qual foi identificada evidência que veio a ser utilizada para a discussão dos resultados do estudo de caso. Seguem-se quatro subcapítulos relativos ao estudo de caso *em si*, contendo uma cronologia da criação da qualificação de TAS e uma descrição dos atores envolvidos neste processo (subcapítulo 3.2), bem como uma abordagem ao contexto em que a qualificação surge e é implementada (subcapítulo 3.3), aos seus conteúdos (subcapítulo 3.4) e ao processo da criação desta medida (subcapítulo 3.5), que inclui a análise de alguns dos resultados com ela obtidos.

A Figura 8 ilustra a relação entre o desenho do estudo e a estrutura do capítulo de resultados e discussão, pondo em evidência os eixos temáticos abordados em cada uma das suas partes.

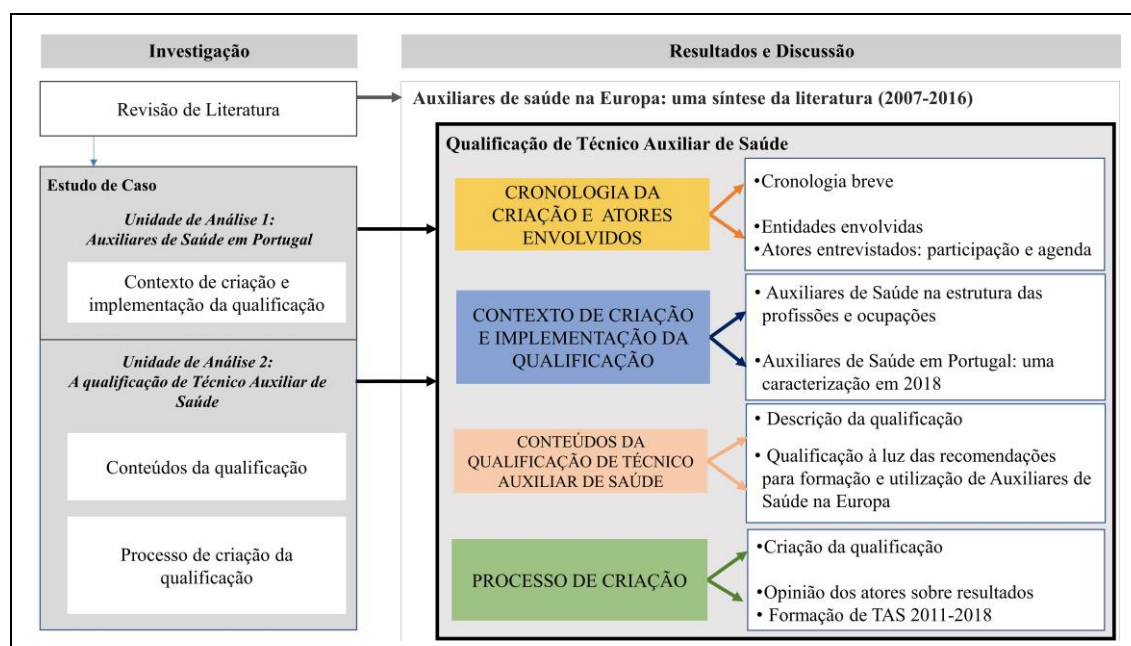


Figura 8 - Estrutura do capítulo de apresentação e discussão de resultados e sua relação com o desenho do estudo

3.1 Auxiliares de Saúde na Europa: uma síntese da literatura (2007-2016)

Numa fase prévia ao desenvolvimento do estudo de caso que constitui o centro da investigação, foi conduzida uma revisão integrativa de literatura sobre o perfil, atividade e formação dos auxiliares de saúde na Europa que abarcou o período de conceção e a fase inicial da implementação da qualificação de TAS.

Neste subcapítulo são apresentadas uma descrição geral da literatura revista, que permite ter uma visão panorâmica sobre o trabalho científico e a reflexão de profissionais de saúde, gestores e especialistas de RHS em torno destas dimensões, e uma abordagem breve dos seus conteúdos que, sem a preocupação de uma descrição alargada e em profundidade, é apresentada sob a forma de uma síntese do conhecimento que, posteriormente, será mobilizado para estruturar e, sobretudo, discutir os resultados do estudo de caso.

3.1.1 Caracterização dos documentos selecionados para revisão

A revisão incidiu em 95 documentos, selecionados a partir do conjunto inicial de 4.485 registos identificados nas bases de dados onde a pesquisa foi efetuada. Parte significativa dos registos selecionados é composta por artigos relativos a estudos publicados em revista com arbitragem científica (n= 57, 60% do total) ou em revistas profissionais indexadas nas bases de dados consultadas (n=7, 7,4%). O conjunto compreende ainda textos de opinião publicados em revistas profissionais (n=27, 28,4%) ou com arbitragem científica (n=1, 1,1%), bem como relatórios ou documentos oficiais com orientações técnicas ou políticas (n=3, 3,2%).

A Figura 9 apresenta a distribuição do número de registos publicados por cada ano do período de tempo considerado e por tipologia. Ao longo do intervalo considerado, o número de publicações variou entre seis registos (2007) e os 11 (2008, 2010, 2013 e 2015).

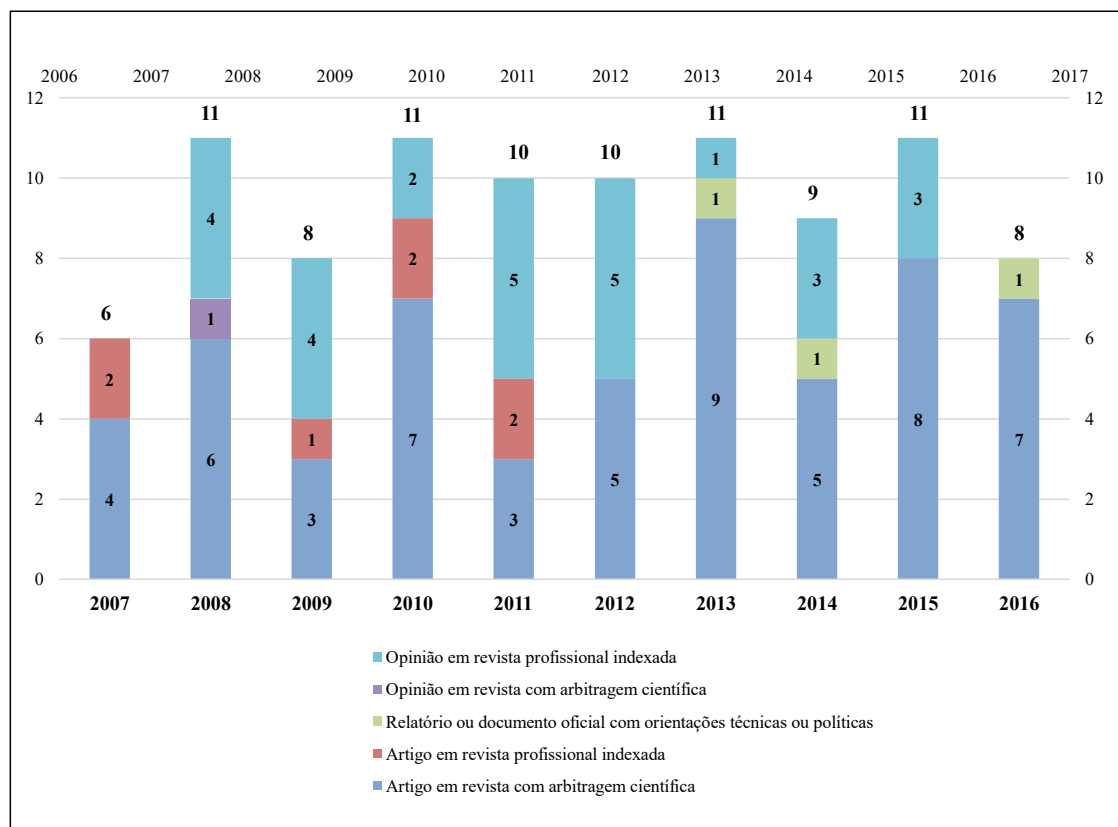


Figura 9 - Registos selecionados para revisão por tipo e ano de publicação (N= 95)

Os documentos selecionados estão redigidos em inglês (n=89, 93,7%), em castelhano (n=5, 5,3%) e português (n=1, 1,1%). O predomínio da língua inglesa não pode ser dissociado da relevância deste idioma enquanto língua de comunicação científica, mas também do facto de o papel desempenhado pelos auxiliares de saúde e de as mudanças no seu perfil, atividade e formação ocorridas nas últimas décadas no Reino Unido suscitarem interesse de profissionais de saúde, investigadores e decisores.

3.1.1.1 Abordagem analítica

Olhando a abordagem analítica dos registos selecionados, verifica-se que 27 documentos (28,4%) apresentam uma abordagem baseada em metodologias quantitativas, 25 (26,3%) em metodologias qualitativas, 15 (15,8%) em métodos mistos. Os restantes documentos têm a forma de artigos que veiculam opinião dos seus autores e baseiam-se em dados secundários provenientes de fontes diversas (Figura 10).

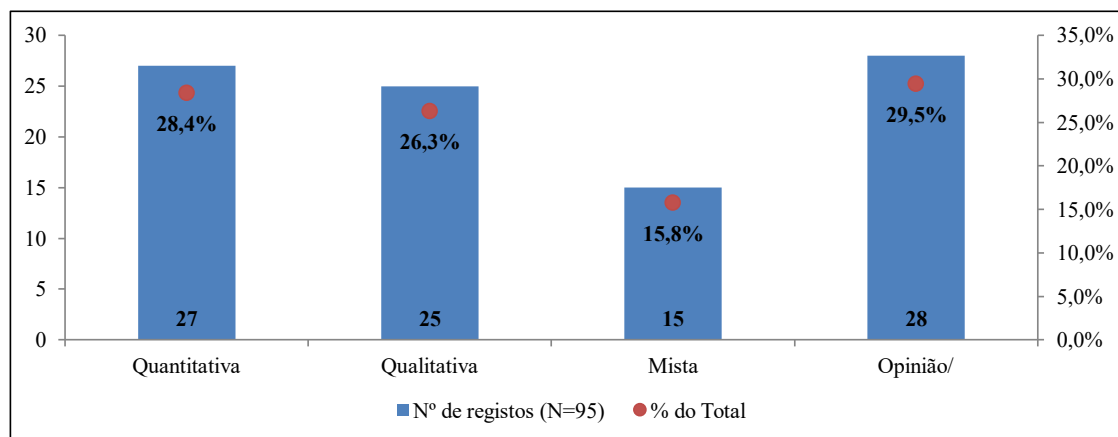


Figura 10 - Registos selecionados para revisão: paradigma de análise (N=95)

3.1.1.2 Objeto de estudo

No que respeita ao posicionamento dos auxiliares de saúde na análise contida nestes documentos (Figura 11), verifica-se que estes trabalhadores surgem como único objeto de estudo em 52 registos (54,8% do total) e são objeto de estudo em conjunto com outros grupos profissionais em 34 ocasiões (35,8%). Foram ainda selecionados documentos que, contendo elementos relevantes para compreensão da temática em análise, não têm auxiliares como objeto de estudo, surgindo estes como parte da população estudada para analisar outro fenómeno (n=5, 5,3%) ou referidos na discussão e conclusões (n= 4, 4,2%).

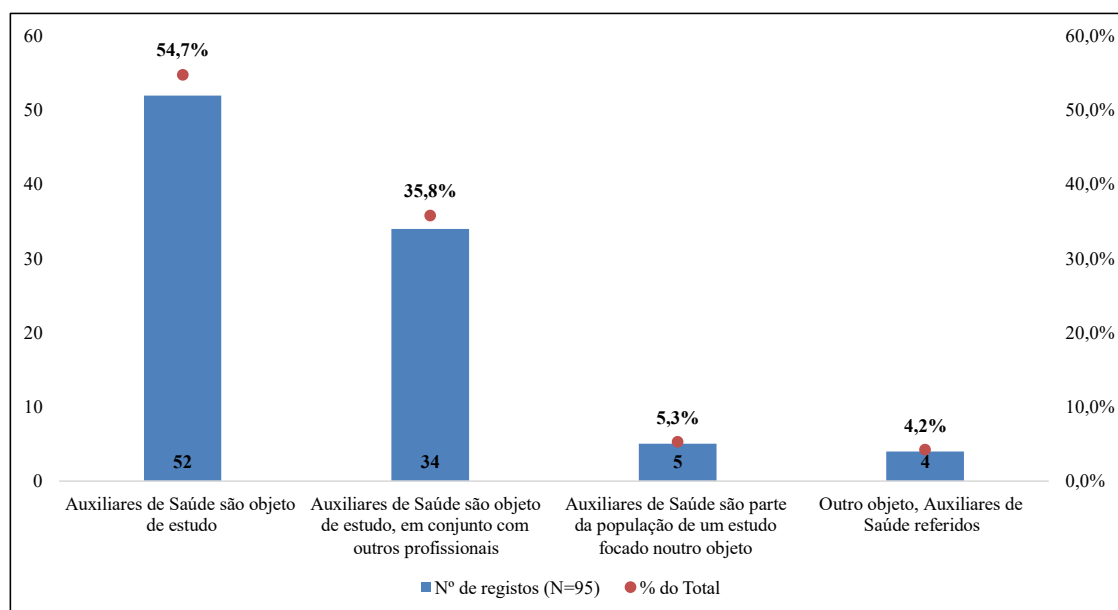


Figura 11 - Registos selecionados para revisão: posição dos Auxiliares de Saúde na análise realizada (N=95)

3.1.1.3 Contextos de atuação dos Auxiliares de Saúde

O meio hospitalar surge como contexto de atuação dos auxiliares de saúde na maioria dos registos selecionados (n=32, 33,7%), seguindo-se os cuidados primários (n=21, 22,1%) e, ainda no âmbito dos sistemas de saúde, a prestação de cuidados em instituições da comunidade e de cuidados domiciliários n=14, 14,7%). Foram ainda selecionados 28 registos (29,8%) em que a natureza da análise não requer a localização do contexto de atuação dos auxiliares, podendo esta decorrer em múltiplos lugares ou até em nenhum em particular. A Tabela 6 apresenta a súmula das diferentes áreas de atuação identificadas.

Tabela 6 - Registos selecionados para revisão: Contexto de atuação dos Auxiliares de Saúde (N=95)

Contexto de atuação dos auxiliares de saúde	Número de registos	%
Sem especificar contexto ou múltiplos contextos	28	29,8%
Comunidade	14	14,8%
Cuidados Domiciliários (Adultos, Idosos, Crianças)	9	9,5%
Cuidados Continuados e Domiciliários	3	3,16%
Cuidados Paliativos	2	2,1%
Cuidados Saúde Primários	21	22,1%
Geral	15	15,8%
Saúde mental	4	4,2%
Serviços Específicos (Eletrocardiografia, Vacinação)	2	2,1%
Hospital	32	33,7%
Geral	22	23,2%
Pediatria	1	1,1%
Saúde Mental	4	4,2%
Serviço de Urgência	2	2,1%
Cuidados a Idoso	1	1,1%
Neurologia	2	2,1%
TOTAL	95	100%

Os documentos revistos abordam aspetos relacionados com o perfil, a formação e a atividade dos auxiliares de saúde num total de 11 países europeus isoladamente, com

destaque para o Reino Unido (n=68, 71,6%)³⁵, verificando-se que em apenas uma situação é apresentada uma perspetiva alargada a vários países (Tabela 7).

Tabela 7 - Registos selecionados para revisão: País abordado (N=95)

País cujo contexto é abordado	Nº de registos (N=95)	% do total
Alemanha	5	5,3%
Áustria	1	1,1%
Bélgica	1	1,1%
Dinamarca	3	3,2%
Espanha	6	6,3%
Irlanda	1	1,1%
Itália	3	3,7%
Portugal	1	1,1%
Reino Unido	68	71,6%
Suécia	3	3,2%
Suíça	2	2,1%
Vários Países da Europa	1	1,1%
TOTAL	95	100%

3.1.2 Síntese temática

Ao longo das etapas de leitura e análise, os documentos foram classificados de acordo com o tema central da sua abordagem. Foram identificados 29 registos (30,5%) que têm como ponto de partida questões relacionadas com a definição e clarificação do perfil dos auxiliares de saúde, 18 (19%) que abordam a sua formação e 48 (50,5%) que analisam, principalmente, aspetos relacionados com a atividade destes trabalhadores (figura 12).

³⁵ Neste grupo foram considerados documentos que reportam a situação ou descrevem estudos realizados no Reino Unido (n= 41) ou nas diferentes entidades nacionais que o compõem (n=27).

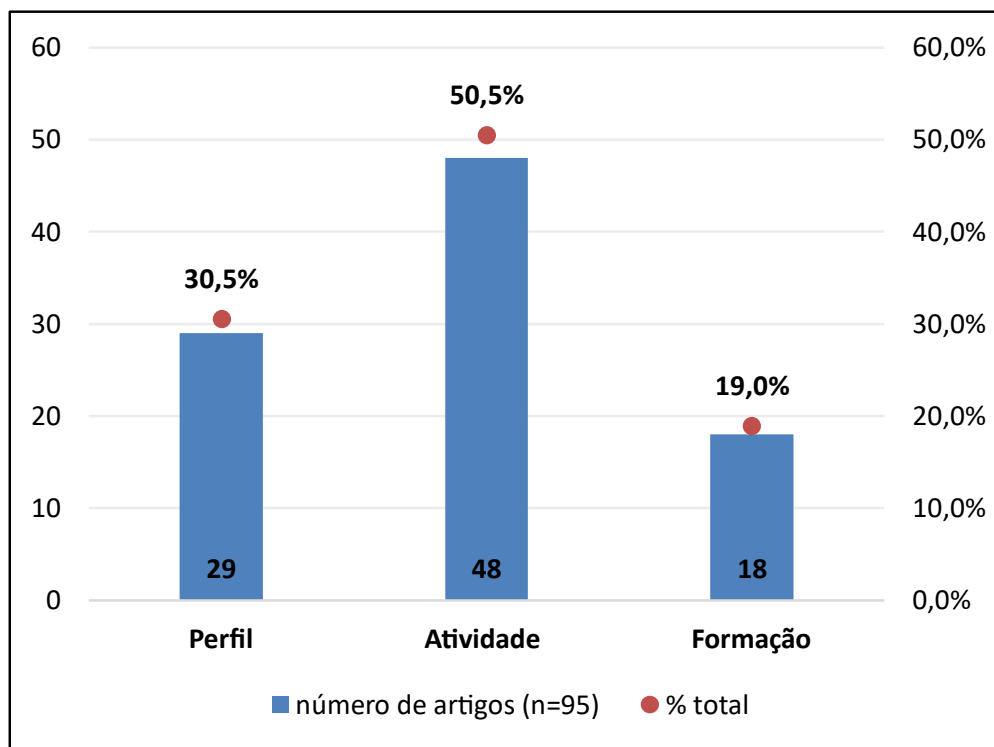


Figura 12 - Registos selecionados para revisão: tema principal do registo (N=95)

A análise de conteúdos permitiu identificar os temas mais frequentes no debate que profissionais de saúde, investigadores de várias áreas, gestores e decisores vêm fazendo em torno do perfil, formação e atividades dos auxiliares de saúde, bem como dos fatores que impulsionaram e continuam a determinar mudanças do papel por eles desempenhado e no seu estatuto dentro das equipas e serviços de saúde. Emerge ainda um conjunto de reflexões sobre a necessidade de definir e clarificar o perfil e a formação destes trabalhadores e de reforçar medidas que, contribuindo para melhoria do seu desempenho, são apontadas como uma forma de investimento na acessibilidade e na qualidade dos cuidados.

Na Figura 13 é apresentada uma síntese desta evidência, que serviu para precisar melhor a definição do caso em estudo e enquadrar e orientar a reflexão e discussão em torno dos resultados alcançados.

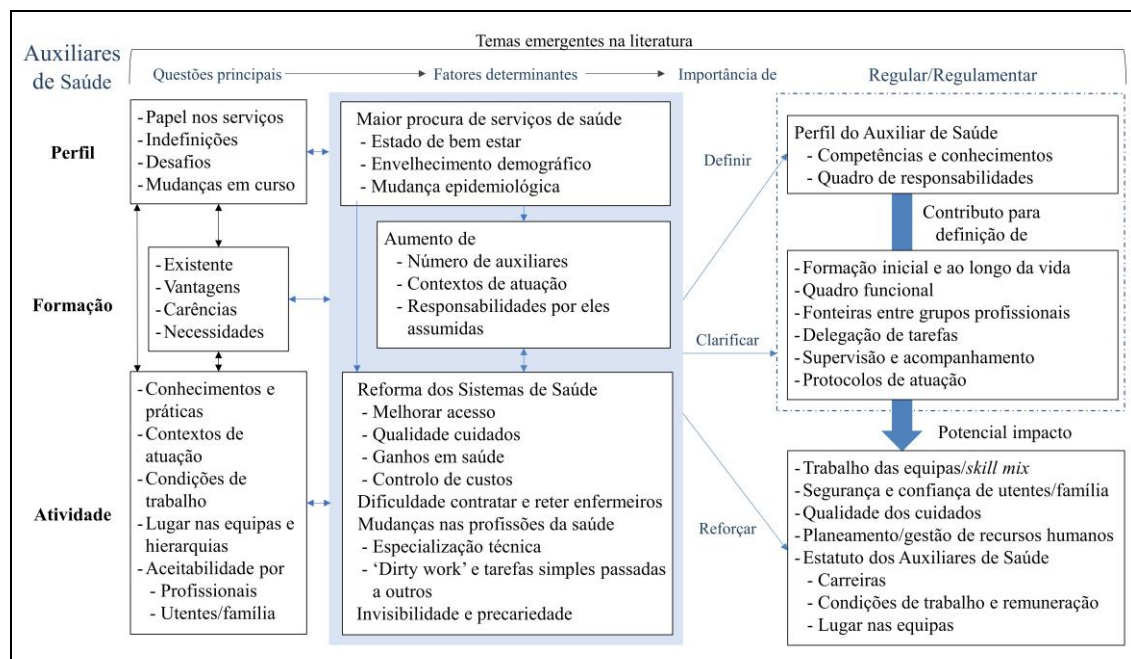


Figura 13 - Auxiliares de Saúde na Europa: síntese de evidência a partir da literatura (início de 2007 - final de 2016)

3.2 Técnico Auxiliar de Saúde: Cronologia e entidades envolvidas na conceção da qualificação

Com base em dados recolhidos através de pesquisa e análise documental e nas 12 entrevistas realizadas, neste subcapítulo é apresentada uma cronologia breve da criação da qualificação de TAS e uma perspetiva geral sobre as entidades envolvidas nesse processo, na qual se dá especial atenção aos atores entrevistados no decorrer da investigação. Os seus conteúdos permitem introduzir e contextualizar os resultados apresentados e discutidos nos restantes subcapítulos.

3.2.1 Cronologia Breve

A introdução da qualificação de TAS no Catálogo Nacional de Qualificações resultou de um projeto conjunto da ACSS-IP e da ANQ-IP, que decorreu entre 2008 e 2010 e contou com a participação, em diferentes momentos e com distintos contributos, de entidades e peritos ligados aos setores da saúde, da educação e relacionados com o mercado de trabalho em que os auxiliares de saúde se inserem (122). A Figura 14 sintetiza este percurso.

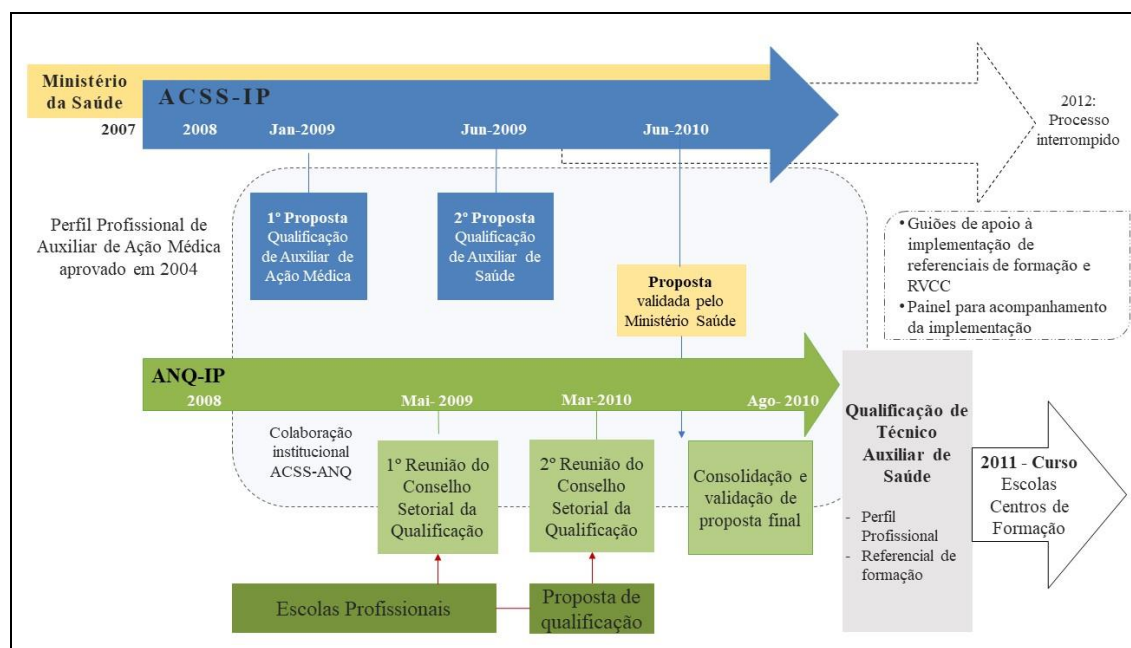


Figura 14 - Processo de criação e introdução da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde no Catálogo Nacional de Qualificações.

Tratou-se de um processo de colaboração institucional que marcou a confluência de dois caminhos que já vinham sendo percorridos por estes institutos públicos e pelos organismos que lhes deram origem (16,123,124). Procurando responder a uma necessidade há muito identificada, esta intervenção reorientou os esforços à época desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para operacionalizar uma primeira proposta de enquadramento da formação e certificação de Auxiliares de Ação Médica e Ajudantes de Saúde que havia sido inscrita na lei em 2004 (123,125,126).

Entre 2008 e 2009, coube à ACSS liderar a concepção de uma proposta que, depois de validada por peritos, entidades do setor da saúde e pela equipa ministerial, foi levada para discussão nas estruturas da ANQ, servindo de base à qualificação que veio a ser publicada em 2010 (122).

No âmbito das responsabilidades de gestão do catálogo, a ANQ acompanhou a ACSS na elaboração desta proposta, garantindo o alinhamento com as regras para criação de oferta formativa de dupla certificação para jovens e adultos (122). Simultaneamente, acompanhou um conjunto de escolas profissionais que, em 2008, manifestara interesse no desenvolvimento de formação orientada para o mesmo segmento da força de trabalho, na preparação de uma proposta similar.

De modo a garantir condições para a formalização da iniciativa, em 2009, a ANQ mobilizou o Conselho Setorial de Qualificação de Saúde e Serviços à Comunidade para uma discussão sobre a pertinência de criação de uma qualificação orientada para este segmento da força de trabalho, tendo-se deliberado pela a sua introdução no CNQ. Em 2010, o Conselho Setorial voltou a reunir para apreciar as propostas apresentadas pela ACSS e pelas escolas profissionais, tendo os seus membros participado nos trabalhos de consolidação da versão final do perfil profissional e do referencial de formação de Técnico Auxiliar de Saúde (122,127).

A aprovação da qualificação, no final de agosto de 2010, permitiu a abertura dos primeiros cursos de TAS em 2011, tendo-se estabelecido, desde então, uma oferta formativa por todo o país, garantida por escolas com ensino secundário, escolas profissionais tuteladas pelo Ministério da Educação e por centros formação associados ao Instituto de Emprego e Formação Profissional, bem como por entidades tuteladas ou associadas às secretarias regionais de educação, formação e emprego das regiões autónomas dos Açores e da Madeira (128).

Já fora do âmbito deste projeto conjunto, em 2009, a ACSS impulsionou a criação de mecanismos para acompanhar e apoiar a implementação da qualificação (12,122,129), iniciativas descontinuadas em 2012 (130).

3.2.2 Entidades envolvidas

Foi possível identificar 45 entidades que participaram nos trabalhos de conceção da qualificação de TAS. De acordo com as suas especificidades, podem ser divididas em:

- Entidades responsáveis pela coordenação política e técnica do processo;
- Entidades ligadas aos Ministérios da Saúde e Emprego, Solidariedade e Segurança Social ou a outros setores da administração pública (sem responsabilidade de coordenação);
- Entidades prestadoras de cuidados de saúde e de apoio a pessoas dependentes na comunidade dos setores público, privado e social;
- Organizações representativas de entidades empregadoras;
- Sindicatos, Ordens Profissionais e associações representativas de profissionais do setor da saúde;

- Associações de doentes, de profissionais ou especialistas com intervenção em temas específicos de saúde;
- Escolas e entidades com atividade ligada à formação profissional.

Na Tabela 8 são indicadas as entidades que participaram na conceção da proposta da ACSS e na Tabela 9 aquelas que tomaram parte dos trabalhos promovidos pela ANQ, no âmbito do Conselho Setorial da Qualificação de Saúde e Serviços à Comunidade.

A participação destas entidades aconteceu ao longo das diversas etapas do processo e com diferentes níveis de envolvimento. Em alguns casos, foram representadas por mais do que uma pessoa, sendo estes atores descritos por um dos participantes entrevistados como “peritos com conhecimentos técnico-científicos e experiência profissional nos domínios temáticos em estudo” (E8).

Os entrevistados fazem ainda breves referências à participação e contributos de outras instituições ou atores, especialmente na fase de conceção da primeira proposta da ACSS, que não foi possível caracterizar com o mesmo nível de pormenor.

Tabela 8 - Conção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde: Entidades envolvidas nas etapas de coordenadas pela ACSS (2008-2010)

Construção da proposta de qualificação pela ACSS	
Coordenação do processo	- Ministério da Saúde (nível político) - ACSS (nível técnico e político)
Elaboração da primeira proposta	- Agência Nacional para a Qualificação (ANQ-IP) - Associação de Trabalhadores dos Serviços Gerais da Saúde (ASTSGS) - Referências à auscultação ou contactos com - Equipa técnica da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Enfermeiros - profissionais e sindicatos (não foi possível identificar) - Outros peritos e entidades interessadas (não foi possível identificar)
Validação da primeira proposta	Entidades ligadas ao Ministério da Saúde (sem funções de coordenação) - Direcção-Geral de Saúde - Instituto da Droga e Toxicodpendência - Comissão Nacional da Luta Contra a Sida - Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) Entidades ligadas ao Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Autoridade para as Condições do Trabalho Entidades prestadoras de cuidados (setores público, privado e social) - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Cova da Beira, Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Hospital Litoral Alentejano, Hospital Amadora-Sintra, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Hospital de São João, Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde do Bom Jesus, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Luzia de Elvas. Sindicatos, ordens e associações de profissionais - Associação de Trabalhadores dos Serviços Gerais da Saúde - Ordem dos Enfermeiros - Referências a consultas à Ordem dos Médicos e a um sindicato ligado a Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (que não foi possível identificar) Associações de doentes ou de especialidade - Associação Nacional de Controlo da Infecção - Associação Nacional de Esterilização - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
Elaboração da segunda proposta	- Grupo de trabalho entre ACSS e Ordem dos Enfermeiros - ACSS promoveu consultas bilaterais à rede de peritos e entidades constituída na validação da primeira proposta

Fontes: Entrevistas a atores do processo de criação da qualificação (E8, E9, E11 e E12)

Tabela 9 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde: Entidades envolvidas nas etapas coordenadas pela ANQ (2009- 2010)

Aprovação da proposta no Conselho Setorial da Saúde (ANQ)	
Participantes dos trabalhos do CSQ (membros permanentes e convidados)	Coordenação técnica e política: - ANQ
	Entidades ligadas ao Ministério da Saúde - ACSS Entidades ligadas ao Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) - Instituto da Segurança Social (ISS) Outros organismos da Administração Pública - Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC) Entidades empregadoras na área de prestação de cuidados (setores público, privado e social) - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) - Confederação do Comércio e Serviços de Portugal (CCP) - União das Misericórdias Portuguesas UMP Sindicatos, ordens e associações de profissionais - Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional (CGTP-IN) - União Geral dos Trabalhadores (UGT) - Ordem dos Enfermeiros (trabalho técnico para consolidação da proposta final, a convite da ACSS) Escolas e entidades de formação - Escolas Profissionais: ETAPRONI, Magestil, Escola Profissional do Oeste, Escola Profissional Val do Rio, Escola Profissional de Braga - Escola Secundária de Silves - LudoCrescer – Formação profissional

Fontes: ANQ (131,132)

3.2.2.1 Atores entrevistados: participação e agenda

Ao longo da investigação foram entrevistados representantes de nove entidades envolvidas na conceção da qualificação, num total de 12 atores que participaram em diferentes etapas da elaboração da qualificação (Figura 15). Três destes intervenientes estavam ligados às entidades responsáveis pela coordenação política e técnica da intervenção, tendo os restantes representado seis organizações com especial interesse no processo:

- Dois responsáveis técnicos de nível superior e um decisor político, onde se incluem representantes da ANQ, ACSS e da equipa ministerial titular da pasta da saúde.

- Cinco representantes dos auxiliares de saúde, onde se incluem representantes associativos e sindicais.
- Dois enfermeiros, representantes da Ordem dos Enfermeiros.
- Um dirigente de uma das escolas profissionais que apresentaram uma proposta de qualificação.
- Um representante de entidades empregadoras ligados à prestação de cuidados, responsável de uma das organizações participantes.

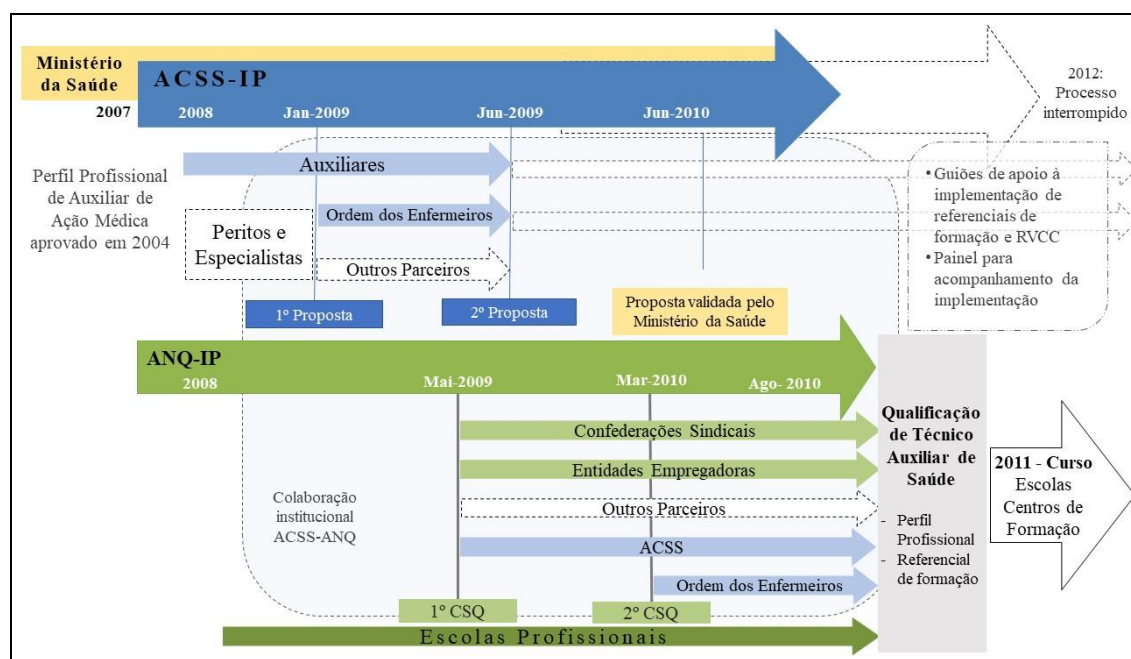


Figura 15 - Participação dos atores entrevistados nas diferentes etapas do processo

Ministério da Saúde e da ACSS

Transversal a todo o processo de criação da qualificação, a intervenção do Ministério da Saúde foi assegurada pela equipa ministerial em funções, em estreita articulação com a ACSS.

Não estando diretamente envolvida nos trabalhos de operacionalização da proposta de qualificação, a equipa ministerial acompanhou o seu desenvolvimento ao nível político-estratégico (133), garantindo o necessário enquadramento na ação governativa e intervindo pontualmente em contactos de alto nível com algum parceiro, bem como na validação da estratégia de conceção e da proposta que veio a ser apresentada na ANQ.

Enquanto entidade corresponsável pela coordenação técnico-política da iniciativa, a intervenção da ACSS situou-se num nível estratégico-tático (133), caracterizado pela mobilização de recursos e conhecimento para sustentar as soluções a desenhar, bem como de parceiros institucionais, peritos ou profissionais com elevada experiência na área e de outros interessados nos resultados potenciais da qualificação e na sua discussão, preparação e validação técnica. Esta dinâmica é relatada por um dos entrevistados, que integrou a equipa, e confirmada pela generalidade dos atores ouvidos durante a investigação.

A agenda do Ministério da Saúde e da ACSS

De acordo com a política geral do Ministério da Saúde e os objetivos estratégicos e operacionais para a qualificação dos recursos humanos da saúde da ACSS³⁶, a intervenção destas entidades foi orientada para a criação de um quadro regulador da formação e da atividade dos auxiliares de saúde como via de promoção da qualidade de cuidados e segurança dos utentes.

Numa perspetiva mais alargada, a criação desta qualificação era tida como um contributo para a Iniciativa Novas Oportunidades, pela criação de condições para aumentar o nível geral de escolarização dos jovens e adultos e para valorizar pessoal e profissionalmente os trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho, o que compreendia a disponibilização de oferta formativa numa área com elevada empregabilidade e necessidade de mão de obra qualificada, bem como de mecanismos para RVCC de trabalhadores no ativo.

“(...) As Novas Oportunidades tinham por objetivo qualificar as pessoas dando-lhes formação para poderem ter acesso (...) não só a outro tipo de profissão, como a desempenhar funções e profissões com outras qualificações.

Esta parecia-nos obviamente uma das mais importantes do ponto de vista daquilo que é o desempenho das instituições de saúde, cada vez mais diferenciadas ou com mais tecnologias, com necessidade de mais capacidade de intervenção, e havia de facto uma diferença muito grande entre os profissionais que passaram a ter uma formação superior - nomeadamente com a evolução da carreira de

³⁶ Descritos no subcapítulo 3.5

enfermagem – e os menos diferenciados. É um fosso muito grande que, muitas vezes dificulta até a comunicação - quando eu não tenho gente de todo formada como é que esta comunicação se pode fazer? - E não era só para desempenhar determinadas funções, era a forma como se comunica, como se fala, como entendem... e, portanto, a formação básica era importante.” (E9)

Idealizada como medida de reforço do SNS, pela criação de condições para a qualificação de um largo grupo de trabalhadores e por deslocar a responsabilidade e iniciativa de formação de base de auxiliares para fora do contexto das unidades de saúde, era expectável que o seu impacto se estendesse aos serviços de saúde e de apoio a pessoas dependentes na comunidade garantidos por instituições dos setores privado e social. Contudo, estes objetivos não contemplavam uma intenção reguladora ao nível do acesso à atividade profissional, tão pouco a fixação de condições para criação de carreiras ou estabelecimento de categorias profissionais próprias para estes trabalhadores.

“(...) ao criar a qualificação estávamos a defender um processo futuro de regulação da qualificação, sendo que não estava em causa, quando do TAS, a regulação do acesso à atividade profissional, porque são duas matérias distintas, que infelizmente por vezes são confundidas. Quando surge um destes processos de regulação não tem que, obrigatoriamente, ser criado o outro. Constituindo processos complementares, não têm de ser criadas ao mesmo tempo.

Na altura, foi proposta apenas a existência de uma qualificação de referência, porque se entendeu que, o que estava em causa eram as más práticas profissionais, era a preparação para o exercício de uma atividade de qualidade, a disponibilização de uma qualificação que incutisse melhores práticas, porque estamos a falar de um conjunto alargado de profissionais existente no SNS e cuja ação, sobretudo a má ação, teria as repercussões que sabemos.” (E8).

Ou seja, a intenção do Ministério da Saúde e da ACSS passava por garantir a formação deste grupo ocupacional e não pela criação de uma nova profissão ou pela recriação da categoria profissional de Auxiliar de Ação Médica que fora extinta das carreiras do setor público em 2008: “Fundamental era desenvolver um currículo que fosse importante para que estes profissionais pudessem adquirir.” (E9).

Por fim, a operacionalização da medida era considerada uma oportunidade para o Estado Português aceder a fundos comunitários relacionados a modernização da administração pública e com a aprendizagem ao longo da vida.

Agência Nacional de Qualificação

Tal como se verificou com a ACSS, também a presença da ANQ é transversal ao processo, tendo vários dos seus técnicos e dirigentes participado nas atividades de coordenação de nível estratégico e tático, no apoio a parceiros na construção de propostas e na concretização das articulações necessárias para a formalização da qualificação.

Embora ao nível político esta agência se encontrasse sob tutela dos Ministérios da Educação e do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, integrando os esforços destes dois organismos para estruturar e implementar a Iniciativa Novas Oportunidade, nenhum dos entrevistados faz referências a intervenções da tutela, tendo cabido formalmente à ANQ, dentro do seu quadro de autonomia, a gestão política e estratégica do processo.

A agenda da ANQ

O principal objetivo da ANQ passava por garantir a criação de um perfil profissional e de referenciais de formação e RVCC orientados para apoio à prestação de cuidados de saúde, um interesse que resultou da constatação de que esta era uma área pouco coberta pela oferta então inscrita no Catálogo e para a qual foram identificadas necessidades concretas:

“Reportamo-nos a 2008. A área da saúde era uma área em que o Catálogo Nacional de Qualificações tinha pouca cobertura, do ponto de vista dos níveis de qualificação e, portanto, a Agência tinha algum interesse em trabalhar esta área.(...)”

Tínhamos um conjunto de contactos, nomeadamente alguns de hospitais, a dizerem-nos que havia necessidade de formar e qualificar os profissionais que já estavam nos hospitais, nos lares e neste 3º sector, a Santa Casa da Misericórdia dizia isso também, mas não tínhamos um estudo científico, nem dados específicos para isso.

Tínhamos também alguns pedidos das escolas – é por isso que nasce a proposta. As escolas a proporem formação? Porquê? Porque têm articulações regionais, (...) com a rede de hospitais e agentes locais, que reportaram essa situação.” (E6)

Representantes dos Auxiliares de Saúde

A intervenção de representantes dos trabalhadores que desempenhavam funções de Auxiliar de Saúde aconteceu em momentos distintos:

- Entre 2007 e 2009, acompanharam os trabalhos de conceção da proposta que a ACSS apresentou à ANQ.
- Entre maio de 2009 e agosto de 2010, participaram nas reuniões do Conselho Sectorial de Qualificação da ANQ que discutiu e aprovou a qualificação.

Os trabalhos coordenados pela ACSS contaram com vários representantes ligados à Associação de Trabalhadores dos Serviços Gerais de Saúde (ATSGS)³⁷, que acompanharam a conceção da proposta mais tarde apresentada na ANQ. Esta participação decorreu sobretudo em contactos bilaterais, tendo-lhes sido solicitada opinião sobre o desenvolvimento da qualificação e contributos para a mesma, bem como auxílio na recolha de informação sobre atividade desenvolvida pelos auxiliares no SNS.

Junto do Conselho Setorial da Qualificação, os interesses dos auxiliares foram salvaguardados por representantes indicados por duas confederações sindicais (CGTP-IN e UGT)³⁸, que participaram ativamente nas discussões sobre a criação da qualificação e na consolidação da versão final do perfil profissional e referencial de formação.

A agenda dos representantes dos auxiliares

Tratando-se de diferentes atores, com perspetivas pessoais e institucionais distintas e sem que se tenham conseguido vislumbrar ligações entre os participantes dos trabalhos promovidos pela ACSS e nos que decorreram sob coordenação da ANQ, verifica-se uma coincidência nos interesses que orientaram a sua intervenção no processo.

A agenda dos diferentes protagonistas e instituições por eles representadas centrou-se na criação de condições para garantir formação inicial de auxiliares de saúde, bem como de mecanismos para RVCC dos trabalhadores no ativo como forma de valorização pessoal

³⁷ Criada por Auxiliares de Ação Médica na segunda metade da década de 1990, era, à época, a única estrutura socioprofissional com atividade especificamente orientada para estes trabalhadores (www.atsgs.pt).

³⁸ Confederações sindicais com assento permanente nos diferentes conselhos sectoriais, sendo a sua representação designada pelas respetivas direções.

e profissional conducente a um maior reconhecimento do papel destes profissionais nas diferentes unidades, serviços e equipas de saúde.

“A prestação da generalidade dos profissionais de saúde tem todas as condições para melhorar tendo em conta a respetiva formação: cada vez mais exigente e desenvolvida e cada vez será melhor. Daqui não escaparam os atuais Assistentes Operacionais.” (E7)

“(…) os Auxiliares de Ação Médica tinham de ser requalificados através do RVCC ou da formação que lhes faltava.” (E2)

Embora não sendo textualmente assumida, no discurso destes atores a criação desta qualificação surge frequentemente associada ao interesse de verem (re)estabelecida uma carreira para auxiliares de saúde no SNS, bem como de uma designação profissional e de um quadro funcional próprios. Estas mudanças eram apontadas como necessárias para reparar a injustiça criada com o fim da categoria de AAM no SNS e a sua inclusão na categoria genérica de AO ocorrida em 2008, bem como uma via para reforçar o estatuto socioprofissional dos auxiliares, conferindo-lhes maior reconhecimento da importância do papel que desempenham e a possibilidade de melhorias ao nível salarial.

A defesa da segurança dos utentes e o reforço da qualidade do SNS são também apresentadas pelos cinco representantes de auxiliares como prioridade da sua intervenção neste processo: “Porque é que queremos esta formação? Porque isto tem interesse não só para mim, que amanhã estou numa cama de hospital, como para um familiar ou um amigo, ter pessoas com qualidade e formação e que valorizem muito mais o SNS.” (E11).

Apenas um destes atores explicita interesse na criação de cursos de dupla certificação destinados a jovens em idade escolar e que este deveria ter um nível 3 de formação³⁹, uma opção alinhada com o alargamento da escolaridade obrigatória previsto na estratégia de qualificação da população em curso: “Com a minha entrada houve um reforço do grupo que defendia que era de 12º ano, (...), até porque estávamos numa fase em que a escolaridade mínima obrigatória iria passar, no ano seguinte ou daí a 2 anos, para 12 anos.” (E1).

³⁹ Obtida através de percursos de dupla certificação, escolar (12º ano) e profissional. Com a entrada em vigor do Quadro Nacional de Qualificações, em 2010, o nível 3 de formação passou a nível 4 de qualificação (16).

Representantes dos enfermeiros

A intervenção de enfermeiros na conceção da qualificação foi garantida por elementos da Ordem dos Enfermeiros, entidade que, no início de 2009, mobilizou vários dos seus dirigentes e recursos para responder à solicitação de um parecer à primeira proposta da ACSS e, na continuidade da posição então tomada, participar ativamente nos trabalhos de desenvolvimento de uma proposta final.

Ao nível externo, os representantes da Ordem dos Enfermeiros participaram:

- Na validação técnica da proposta promovida pela ACSS, que decorreu no primeiro semestre de 2009.
- Na consolidação da proposta final, que decorreu no âmbito da ANQ entre junho de 2010 (após segunda reunião do Conselho Setorial da Qualificação) e final de agosto do mesmo ano (data da publicação da qualificação). Não tendo assento no CSQ, esta participação aconteceu por convite da ACSS.

Ainda ao nível externo, e a fim de garantir um acompanhamento mais estratégico da intervenção, foram realizados contactos de alto nível entre o Conselho Diretivo da Ordem e responsáveis políticos do Ministério da Saúde. Apesar de referidos por diferentes entrevistados, não foi possível recolher elementos para descrever e analisar estes encontros com pormenor.

Ao nível interno, foi criado um grupo de trabalho alargado para análise e discussão da estratégia de intervenção e para acompanhamento e discussão técnica do trabalho que ia sendo realizado pelos representantes externos.

A auscultação de outros enfermeiros e representantes de organizações sindicais de enfermagem pela ACSS durante a fase prévia à conceção da primeira proposta também é referida por vários entrevistados, não tendo sido possível recolher elementos para caracterizar a dinâmica deste processo e os contributos recolhidos.

O trabalho desenvolvido na fase de validação técnica motivou uma solicitação da ACSS à Ordem dos Enfermeiros para colaboração na revisão da qualificação de Agente de Geriatria e um convite para integrar uma nova iniciativa relacionada com os auxiliares de saúde, o projeto de acompanhamento e avaliação da implementação da nova

qualificação⁴⁰. Esta iniciativa começou a ser preparada em 2009 e compreendia o desenvolvimento de guiões para operacionalização dos referenciais de formação e de RVCC que haviam sido enviados para validação política pelo gabinete da Ministra da Saúde (122,134).

A agenda dos enfermeiros

A decisão de participar neste processo e a orientação que norteou toda a atuação da Ordem dos Enfermeiros é definida pelos entrevistados como uma forma de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à população. Para tal, consideravam necessário garantir uma definição clara da atuação dos auxiliares e a adequação entre o nível de formação, bem como as atribuições e níveis de autonomia associados ao perfil profissional em causa, assegurando que o seu quadro funcional não contemplava atividades e responsabilidades próprias da enfermagem.

“A nossa preocupação central eram as matérias que têm a ver com tudo o que a Ordem poderia fazer como parceira, no âmbito das suas atribuições, para a regulação da saúde no sentido da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde aos cidadãos. Entende a Ordem, também dentro dessas atribuições – ou entendia, na altura – que essa participação passava também pelo contributo que poderíamos dar para a formação de um grande grupo profissional, que para nós era essencial que viesse bem qualificado e bem formado para o perfil que era suposto ter. Até porque daí decorria um melhor trabalho em parceria com os próprios enfermeiros em determinados contextos.

Entendemos que esse era o contributo regulador que nós tínhamos a dar. Claro que havia matéria que, de alguma forma, podia tocar âmbitos de intervenção dos enfermeiros, (...) a nossa preocupação alargava-se a isso.” (E4)

Na perspetiva da OE, esta intervenção ao nível da regulação não se limitava à definição da qualificação, uma vez que, a médio prazo, os enfermeiros antecipavam para si um papel mais ativo ao nível formação e do acompanhamento da atividade dos auxiliares de saúde, em virtude da ligação estreita e da subsidiariedade da atividade deste segmento da

⁴⁰ Embora não estando no centro da nossa investigação, estas intervenções também merecerão algum destaque e reflexão.

força de trabalho com a dos enfermeiros. Ou seja, embora lhe tenha sido solicitada um contributo de nível tático-operacional para melhoria e reforço das propostas, a OE definiu a sua agenda e orientou a sua atuação de modo a assumir um papel de parceiro da ACSS na redefinição da política de qualificação dos auxiliares de saúde (133).

Tal perspetiva estendia a intenção reguladora aos serviços do setor social e da comunidade em que atuam auxiliares de saúde, agentes de geriatria ou assistentes familiares, o que acabou por influenciar a criação de um perfil profissional adequado a todos estes contextos, sendo por isso apelidada por vários atores como “qualificação de banda larga”.

“(…) era nosso desejo e propósito que esta figura do TAS pudesse, de alguma forma, contribuir para regulação no sector da saúde, mas também para a regulação no sector social, porque se estes outros grupos profissionais no sector social não carecem de uma validação ou de uma supervisão de enfermagem, (...) quando nós conseguimos colocar um profissional que trabalha no âmbito da saúde, mas cuja intervenção direta com o utente carece sempre de uma orientação e validação de um enfermeiro, nós entendemos que estamos a contribuir para a segurança dos cuidados em saúde. E se conseguíssemos incutir isto no sector social, que é um sector altamente desregulado nesta matéria, estaríamos a fazer um grande passo.”
(E4)

Para lá da intervenção reguladora, havia outra grande motivação da Ordem dos Enfermeiros para participar neste processo, diretamente ligada à história do desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão em Portugal: os enfermeiros quiseram garantir e contribuir ativamente para que o novo perfil correspondesse, de facto, ao de um auxiliar de saúde e não ao restabelecimento de uma figura de enfermeiro técnico, similar à do auxiliar de enfermagem que existira em Portugal até 1974 (85).

“Interessava-nos demarcar a figura que estávamos a definir, de que estávamos a falar, da figura, por exemplo, do auxiliar de enfermagem que tivemos na nossa história (...). Não estávamos a falar disto, estávamos a falar da proximidade àquilo que era, na nossa cultura à época, a figura do AAM o do AO.”(E4).

Representante de Escolas Profissionais

Em 2008 houve um conjunto de escolas profissionais que manifestou à ANQ interesse em criar oferta formativa de nível não superior orientada para o setor da saúde. Perante

este interesse e disponibilidade para trabalhar na conceção de novas respostas a integrar no Catálogo Nacional de Qualificações, a ANQ procurou estimular e apoiar o desenvolvimento de uma proposta de qualificação comum às diferentes escolas, que pudesse vir a ser apresentada e discutida no CSQ. Algumas destas instituições vieram a ter assento permanente neste conselho sectorial, sendo as outras convidadas a participar nos trabalhos de discussão e consolidação da proposta final que decorreram até agosto de 2010.

A agenda do representante das escolas profissionais

A promoção de cursos de dupla certificação orientados para os serviços de saúde, que permitisse aos jovens aceder a uma formação de base com procura no mercado de trabalho, garantindo-lhes ainda a possibilidade de prosseguimento de estudos, é central na intervenção dos representantes das escolas profissionais. Embora só tenha sido possível ouvir o representante de uma das escolas envolvidas, a convergência dos seus pares em torno destes propósitos foi observada e é referida por vários dos participantes entrevistados.

A criação de enquadramento para a formação dos auxiliares de saúde era apresentada como resposta a uma necessidade de mão de obra qualificada, identificada pelas diferentes escolas junto de instituições dos setores privado e social prestadoras de cuidados de saúde ou de acompanhamento de pessoas dependentes (hospitais, entidades integrantes da RNCCI, estruturas residenciais e de apoio domiciliário). Por outro lado, com a reforma do ensino secundário de 2004, a oferta de cursos de dupla certificação foi alargada às escolas secundárias (135,136), mudança que motivou as escolas profissionais a procurar soluções para, em alinhamento com a estratégia de qualificação do país, alargarem o seu catálogo de oferta.

“Das minhas leituras pessoais eu fui confirmando (...) que em Portugal ao nível dos cursos da saúde havia um vazio, isto é, havia qualificações de alto nível e depois mais nenhuma qualificação existia, e sentíamos a necessidade então de tomar a dianteira, a iniciativa. Até correspondia ao momento em que nós estávamos ávidos de ter uma oferta mais ousada, mais criativa, mais inovadora, para responder aos desafios que os nossos concorrentes nos podiam fazer...” (E10)

Representante de Entidades Empregadoras

O representante das entidades empregadoras entrevistado acompanhou o processo no âmbito da sua participação no CSQ, entre maio de 2009 e agosto de 2010.

A agenda do representante das entidades empregadoras

Os objetivos a alcançar com a participação neste processo passavam pela criação de condições para garantir oferta formativa de nível não superior que permitisse capacitar trabalhadores de apoio à prestação de cuidados de saúde e estimular a disponibilidade de mão de obra qualificada para funções em que, apesar da procura e da empregabilidade serem elevadas, se verifica escassez de oferta: “ (...) no âmbito dos Cuidados Continuados, tenho visto que não há pessoas e não há pessoas qualificadas – as duas coisas são importantes, haver pessoas e haver pessoas qualificadas – e isso tem um impacto brutal na operação.” (E3).

3.3 Técnico Auxiliar de Saúde: Contexto de criação e implementação da qualificação

Este subcapítulo centra-se nos auxiliares de saúde em Portugal, o grupo ocupacional a que se dirige a qualificação de TAS, contribuindo para uma compreensão mais alargada do contexto nacional em que a medida surgiu e foi implementada.

A sua primeira secção aborda a evolução do perfil, atividade e formação dos trabalhadores com funções de auxiliar de saúde em Portugal desde 1971, ano que marca o início da reflexão estratégica sobre o papel e o planeamento dos RHS no país (137), até final de 2019. Na segunda secção é apresentada uma caracterização do contingente dos auxiliares de saúde que atuavam no mercado de trabalho português em 2018.

3.3.1 Trabalhadores de apoio à prestação de cuidados nos serviços de saúde em Portugal

O pessoal que, ao longo dos tempos, foi desempenhando funções de apoio à prestação de cuidados nos serviços de saúde tem tido pouco destaque na literatura sobre RHS em Portugal, encontrando-se referências pontuais a *criados*, *moços*, *pessoal serventuário*, *serventes* ou a *empregados diferenciados*, descritos como trabalhadores de baixa

qualificação que secundavam outros profissionais na sua atividade, nomeadamente enfermeiros (138,139,85,140,141).

Este passado é referido pelos auxiliares entrevistados no âmbito da investigação, que recordam a existência, no início da década de 70 do séc. XX, de trabalhadores “(...) que acabavam por acompanhar os outros profissionais” (E2) e que, dado o seu perfil e natureza das suas tarefas, ao longo dos tempos foram designados “(...) nas instituições de saúde como serventes, criados, empregados diferenciados e não diferenciados... isto é, ‘paus para toda a obra’” (E11).

Embora a atividade deste grupo ocupacional já seja assinalada na primeira Classificação Nacional de Profissões (CNP), publicada entre 1966 e 1972 (142), apenas em 2004 surge uma primeira tentativa de estabelecer um quadro regulador da sua atividade e formação, destinado a orientar a sua atuação nos setores público, social e privado (143). No entanto, só com a introdução da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde (TAS) no Catálogo Nacional de Qualificações, em 2010, foi possível fixar um perfil profissional e um quadro funcional e de competências nacional, a partir dos quais se desenvolveu uma oferta formativa destinada a este segmento da força de trabalho.

Não pertencendo a um grupo profissional diferenciado, detentor de um corpo de conhecimento e formação próprios ou de mecanismos de regulação da sua atividade (14,39,45), os trabalhadores com funções de auxiliar de saúde foram sendo integrados em categorias gerais dos quadros de pessoal ou das carreiras das diferentes instituições. Associado a estas categorias surgem descritivos mais ou menos pormenorizados do perfil, atividade dos seus integrantes, bem como requisitos para acesso ao posto de trabalho, nomeadamente de formação.

3.3.2 Auxiliares de Saúde na estrutura das profissões e ocupações

A Classificação Nacional de Profissões é um índice socioprofissional que identifica e descreve de forma sistematizada as profissões e ocupações existentes no país. Baseada na Classificação Internacional Tipo de Profissões (CITP) publicada periodicamente pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), a CNP adota uma nomenclatura reconhecida pelo EUROSTAT, constituindo-se esta um instrumento de base para os serviços de estatística (117).

Por perspetivar cada profissão como “um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes” (144), além da utilização para fins estatísticos, a CNP foi concebida para orientar os serviços de “alocação, Orientação e Formação Profissionais e Regulamentação de Trabalho” (145), sendo ainda hoje usada para apoiar a “definição de perfis profissionais, na regulamentação e na acreditação de profissões” (117).

A primeira edição (CNP/1966) foi publicada em vários volumes entre 1966 e 1972, tendo sido revista e atualizada em 1980, 1994 e 2010⁴¹. Em todas as edições da CNP se identificam descritivos referentes a trabalhadores com funções auxiliares a operar nos serviços de saúde, enquadrados em grupos mais amplos de ocupações que agregam também atividades relacionadas com a segurança, prestação de serviços pessoais e domésticos. A análise destes descritivos, compilados na Tabela 10, revela que só com a adoção da CPP/2010 foi assumida uma maior clareza sobre o perfil e as funções dos auxiliares de saúde.

Esta classificação contempla ainda a figura do *Ajudante Familiar*, com um perfil mais orientado para apoio pessoal e de prestação de cuidados em contexto domiciliário, cujo quadro funcional é, em alguns aspetos, sobreponível ao do *Auxiliar de Saúde*. Como é apontado no capítulo de material e métodos, nesta investigação optámos por acompanhar o critério de Braeseke e colegas (8), não considerando os ajudantes familiares enquanto parte do grupo dos auxiliares de saúde.

A introdução destas figuras profissionais e do seu descritivo na CITP/2008 e, consequentemente, na CPP/2010, acaba por traduzir um reconhecimento crescente do papel que estes trabalhadores desempenham nos serviços de saúde e do valor social associado a sua atividade (9,51)

⁴¹ Comummente referida como CNP/2010, esta edição designa-se de Classificação Portuguesa de Profissões 2010 (CPP/2010)

Tabela 10 - Trabalhadores com funções de auxiliar de saúde nas diferentes Classificações de Profissões em Portugal

Classificação	Grande Grupo	Subgrupo e designação profissional	Descritivo
CNP/ 1966	9 - Profissionais dos serviços de proteção e segurança, serviços pessoais e domésticos, dos desportos e similares.	Subgrupo: 9.99.35 Empregado de quarto (criado de quarto) - serviços de saúde	Presta serviços pessoais a doentes e feridos em hospitais, casas de saúde ou outros estabelecimentos similares: acorre à chamada dos doentes e presta-lhes pequenos serviços ou transmite os seus pedidos às enfermeiras; serve as refeições às horas prescritas e dá-lhes de comer, se for necessário; ajuda-os a andar ou transporta-os em cadeiras de rodas; faz as camas e muda as roupas. Por vezes, faz serviços de limpeza. Pode ser incumbido de lavar determinados doentes.
CNP/ 1980	5- Pessoal dos serviços de proteção e segurança dos serviços pessoais e domésticos e trabalhadores similares	Subgrupo: 5.99.20 Empregado de quarto – Serviços de Saúde	Presta serviços pessoais a doentes e feridos em hospitais, casas de saúde ou outros estabelecimentos similares: acorre à chamada dos doentes e presta-lhes pequenos serviços ou transmite os seus pedidos às enfermeiras; serve as refeições às horas prescritas e dá-lhes de comer, se for necessário; ajuda-os a andar ou transporta-os em cadeiras de rodas; faz as camas e muda as roupas. Por vezes, faz serviços de limpeza. Pode ser incumbido de lavar determinados doentes.
CNP/ 1994	5- Pessoal dos serviços e vendedores	Subgrupo 5.1.3 Vigilantes, assistentes médicos e trabalhadores similares	Prestam cuidados e vigiam crianças em idade escolar e pré-escolar, executam tarefas para auxiliar pessoal médico, enfermeiro e paramédico em hospitais e outras instituições, prestam cuidados pessoais no domicílio ou assistem profissionais de farmácia nas funções.
CPP/ 2010	5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	Profissão 5321.0 Auxiliar de Saúde	Compreende as tarefas e funções do auxiliar de saúde que consistem, particularmente, em: - Fornecer cuidados, apoio e tratamento (higiene pessoal, alimentação, vestir, mobilidade física, comunicação, tomar medicamentos, etc.) a pacientes e residentes em estabelecimentos de saúde, de reabilitação e de cuidados continuados, de acordo com o plano estabelecido - Posicionar, levantar e virar pacientes e transportá-los em cadeiras de rodas ou macas - Manter normas de higiene no ambiente do paciente (limpar quartos e mudar roupa de cama) - Fornecer massagens e outras medidas não farmacológicas de alívio da dor - Observar condições, respostas e comportamentos de pacientes e reportar alterações aos profissionais de saúde

Fontes: Serviço Nacional de Emprego; IEFP; INE (117,142,145,146)

3.3.2.1 Um quadro de referência nacional para a atividade e formação dos auxiliares de saúde

Desde a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, em 1986, que a formação profissional e qualificação da população ganhou destaque na agenda política, por via da necessidade de preparar a mão-de-obra para um mercado de trabalho alargado, garantindo-lhe competências e meios para circulação entre países, e, assim, promover a modernização e competitividade da economia (135,147,148).

Em 1991 foi criado o enquadramento legal para a formação profissional de trabalhadores ativos que, em articulação com a Lei de Bases da Educação de 1986 e com recurso a fundos comunitários para promover a qualificação, deu um novo impulso a um sector que, na década e meia anterior, perdera relevância em detrimento dos ciclos da escolaridade de carácter não profissionalizante (136). Entre as medidas adotadas encontrava-se o Sistema Nacional Certificação Profissional, precursor do atual Sistema Nacional de Qualificações, que, como hoje, assentava na definição de perfis profissionais, descrevendo o quadro funcional e as competências necessárias para o desempenho de determinada ocupação e servindo de mecanismo de regulação da formação e da atividade desses trabalhadores (16,148).

É neste contexto de qualificação da população, de regulação de ramos de atividade e de necessidade de reforço da preparação dos auxiliares de saúde, a par da ausência de um quadro de referência comum aos diferentes setores e numa época de consolidação do pensamento estratégico dos RHS (137,149,150), que surgiram o perfil profissional do AAM e, anos mais tarde, a qualificação de TAS.

3.3.2.1.1 Perfil Profissional do Auxiliar de Ação Médica (2004)

O perfil profissional de AAM foi integrado no Sistema Nacional de Certificação Profissional em 2004 e é resultado de um processo consultivo que envolveu parceiros sociais e diferentes órgãos da administração pública. As regras para regulação da oferta formativa e de emissão de Certificados de Aptidão Profissional (CAP) referentes a este perfil foram estabelecidas em 2005 (126,143,151) mas, como verificado ao longo desta investigação, não chegaram a ser operacionalizados.

Perfil e funções

O AAM foi definido como um profissional com a função de colaboração, sob orientação de técnicos de saúde qualificados, “na prestação de cuidados aos utentes, na manutenção das condições de limpeza e higienização nas instalações e no apoio, logístico e administrativo, ao serviço e ou unidade integrados em estabelecimentos de cuidados de saúde” (143), tendo sido fixadas as atividades que poderia realizar neste quadro, bem como as competências a desenvolver e demonstrar para ser considerado apto para o seu desempenho (126).

Em paralelo a esta iniciativa, foi fixado o perfil do Ajudante de Saúde, cujas funções de apoio a pessoas dependentes no domicílio ou nos cuidados continuados se caracterizavam por maior autonomia e diferenciação face aos AAM (126,143). Estas mudanças geraram uma situação de conflito com as organizações representativas dos enfermeiros, que alegavam existir transferência ilegítima de funções e risco de substituição de enfermeiros por trabalhadores menos diferenciados (152–154).

Formação

Com uma duração mínima de 900 horas, distribuídas entre componente teórica e componente prática, o descritivo do *curso de formação de qualificação inicial de auxiliar de ação médica* propunha uma qualificação de base de carácter voluntário, ministrada por entidades formadoras homologadas pelo Ministério da Saúde, estabelecendo os domínios de conhecimento e os conteúdos a abordar. Não estando integrado no sistema de ensino, a frequência não garantia atribuição de nível escolar, devendo os formandos já ter completado a escolaridade obrigatória de 9 anos no momento do ingresso. Depois de concluírem a formação com sucesso ou de lhes serem reconhecidas as competências adquiridas ao longo da vida profissional, os formandos poderiam realizar uma prova para obtenção de um CAP de nível 2 de formação⁴², a emitir pelo Ministério da Saúde, de acordo com a tabela de níveis de formação em vigor no país e na União Europeia⁴³ (126).

⁴² De acordo com a estrutura dos níveis de formação definidos pela Decisão n.º 85/368/CEE, do Conselho, de 16 de julho, publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias, n.º L 199, de 31 de julho de 1985. Para obter este nível de formação profissional, os formandos teriam de já ter completado 9 anos de escolaridade obrigatória (155).

⁴³ Em 2010 esta estrutura de níveis de formação viria a ser substituída pelo Quadro Nacional de Qualificações, que correlaciona as qualificações nacionais com o Quadro Europeu de Qualificações, nos termos da Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Abril de 2008 (155).

Apontada por um dos entrevistados como uma aposta de qualificação dos auxiliares e uma resposta à “(...) necessidade de regular estas práticas profissionais” (E8) sentida pelo legislador, a criação destes perfis coincidiu com uma mudança de ciclo político em Portugal, sendo condicionada pelo programa do governo eleito em fevereiro de 2005. Apesar de inscritas na lei até 2011, as orientações para formação e certificação previstas para estes perfis não foram implementadas (135,150,156,157).

3.3.2.1.2 Qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde (2010)

A criação, em 2007, do Sistema Nacional de Qualificações e do Sistema de Regulação de Acesso às Profissões foi uma das faces visíveis das mudanças da formação e aprendizagem introduzidas no novo ciclo político⁴⁴ (16,135). Na continuidade destas reformas, em 2010 dá-se a inclusão no Catálogo Nacional de Qualificações da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde (TAS), composta por um perfil profissional e um referencial de formação⁴⁵.

Enquanto referencial de atuação, o perfil profissional do TAS estabelece um quadro funcional geral para estes trabalhadores, clarificando o caráter de apoio a profissionais mais qualificados da sua atividade e os contextos em que esta decorre. Note-se que alguns aspetos polémicos dos quadros funcionais dos AAM de 2004 (avaliação de sinais vitais, elaboração de registos ou participação em cirurgias) e dos Ajudantes de Saúde (autonomia face a outros profissionais, administração terapêutica, medição de parâmetros vitais) não constam da nova formulação.

No que respeita à formação dos TAS, a qualificação veio colmatar “(...) a inexistência de formação de quadros intermédios nesta área, facultando aos jovens e aos adultos o desenvolvimento de competências e a obtenção de uma qualificação, necessárias para prossecução de uma carreira profissional na área da Saúde” (15), tendo-se fixado as bases para a criação de oferta formativa inicial de auxiliares de saúde alinhada com os princípios da INO (16,158). Ainda sobre a formação e treino de auxiliares, verificou-se que, apesar de fazer parte da estrutura das qualificações que integram o CNQ (16), o referencial que permite estruturar os processos de RVCC dos trabalhadores já inseridos

⁴⁴ O ciclo político em questão corresponde aos governos do Partido Socialista liderados por José Sócrates, tendo-se prolongado entre março de 2005 e junho de 2011 (150).

⁴⁵ Os conteúdos da qualificação são abordados com pormenor no subcapítulo 3.4

no mercado de trabalho não foi integrado no catálogo em 2010, só tendo sido disponibilizado em 2020.

3.3.2.2 Os Auxiliares de Saúde nas carreiras dos trabalhadores da saúde

Enquanto forma de estruturar e hierarquizar a força de trabalho, as carreiras constituem um importante indicativo do lugar de determinada profissão ou ocupação dentro de uma organização e das oportunidades de desenvolvimento e de progressão profissional possibilitadas aos seus trabalhadores (159).

Em Portugal, a primeira orientação geral para a criação das carreiras dos profissionais de saúde foi fixada no Regulamento Geral dos Hospitais, de 1968 (160). Peça basilar no ordenamento jurídico dos hospitais ao longo de várias décadas (24,161), este regulamento estabeleceu que o pessoal hospitalar do setor público deveria ser organizado em categorias, de acordo com as suas funções e formação (artigo 16º), perspetivando uma primeira organização de carreira para médicos, farmacêuticos e administradores hospitalares. A necessidade de criar uma estrutura hierárquica e de desenvolvimento profissional para os trabalhadores diferenciados deste setor já vinha sendo discutido há mais de uma década e foi reiterada pelo Decreto-Lei 413/71, que reorganizou os serviços do Ministério da Saúde e da Assistência (162).

O regime legal que permitiu a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras para os diversos grupos diferenciados de funcionários do setor público viria a ser concretizado através do Decreto-Lei 414/71 (162). Além de dar corpo e alargar o modelo à generalidade dos trabalhadores diferenciados do setor, este diploma permitiu enquadrar práticas já adotadas, por exemplo, nos serviços de saúde pública, nos serviços centrais da Direção Geral de Saúde ou, caso único no panorama hospitalar, nos Hospitais Cívicos de Lisboa (160,163).

Num contexto em que “grande parte do parque hospitalar nacional pertencia e era gerido pelas Misericórdias, embora sujeito aos dispositivos legais que regulavam a gestão hospitalar” (161), e em que a quase totalidade da atividade do setor privado decorria em *clínicas e casas de saúde*, unidades de menor dimensão (164), este quadro definidor de carreiras projetava-se para lá do setor público, uma vez que o Regulamento Geral dos Hospitais previa, no seu artigo 17º, que os modelos de organização e desenvolvimento

profissional destes setores deveriam seguir, com as convenientes adaptações e de acordo com as circunstâncias, as práticas do setor público (160).

Desta forma, estabeleceu-se os princípios para a criação de um regime de carreiras para os trabalhadores da saúde dos setores social e privado. Tal como no setor público, as carreiras do setor social eram fixadas por decretos governamentais resultantes de processos negociais entre governo, instituições e entidades representativas dos trabalhadores, enquanto que no setor privado resultavam de acordos estabelecidos entre entidades patronais e sindicais ao abrigo da regulamentação das relações coletivas de trabalho (165). Note-se que estes mecanismos de concertação ainda mantêm uma arquitetura semelhante, apesar das mudanças ocorridas na organização do Estado e da conceção de direitos, liberdades e garantias que emergiram após o 25 de Abril de 1974, nomeadamente a liberdade de expressão e de associação que substituiu o corporativismo sindical vigente.

3.3.2.2.1 Auxiliares de Saúde nas carreiras do setor público

O setor público compreende serviços de acesso universal e serviços de acesso restrito. Os serviços de acesso universal, destinados à generalidade da população, são garantidos desde o final da década de 1970 pelo SNS e pelos serviços de saúde das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, ao passo que os serviços de acesso restrito estão atualmente concentrados no Serviço de Saúde Prisional, que acompanha a população reclusa, e no Serviço de Saúde Militar, destinados a militares ativos, na reserva e reformados, bem como seus familiares, e aos deficientes das forças armadas (166–168).

Integrados na administração pública sob diferentes tutelas, estes serviços dispõem de enquadramento legal próprio que, no que respeita ao estatuto, carreira e requisitos de formação para acesso ao posto de trabalho dos profissionais de saúde, garantem aplicação de orientações comuns (169–172).

Embora as carreiras do pessoal de saúde de 1971 fossem dirigidas a profissionais diferenciados, foi no âmbito do mesmo ciclo de reformas que iniciou a modernização do sistema de saúde português e lhe apontou caminhos para as décadas seguintes (24,162) que, em 1972, surgiu a primeira categoria nas carreiras dos servidores do Estado própria

para trabalhadores com funções de apoio a profissionais mais qualificados na prestação de cuidados, então denominados Ajudantes de Enfermaria (173)⁴⁶.

Esta medida marca o início de um percurso que decorreu em três etapas distintas, relacionadas com mudanças no perfil, funções e exigência de formação para o desempenho desta atividade por estes trabalhadores (Figura 16): i) Empregados e Ajudantes de Enfermaria (1972-1980); ii) Auxiliares de Ação Médica (1980-2008) e iii) Assistentes Operacionais (desde 2008).

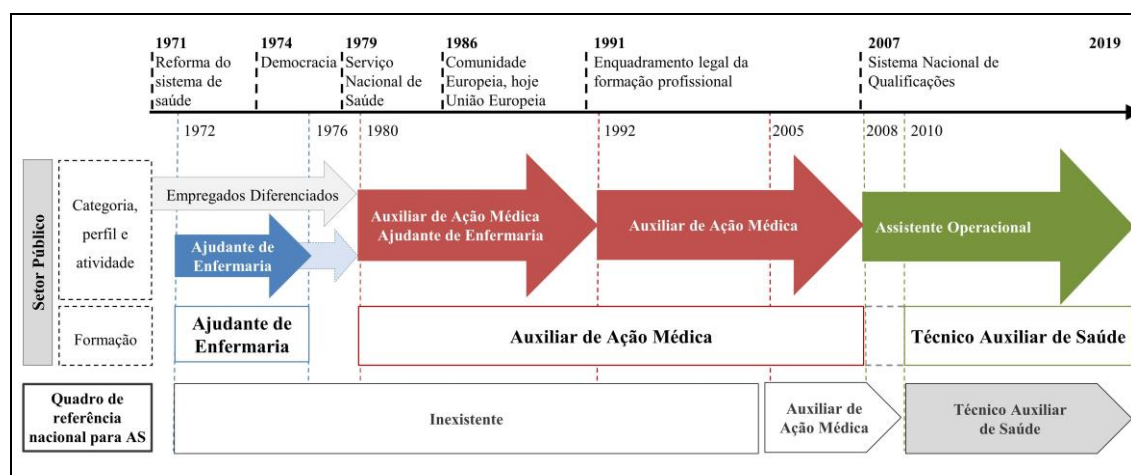


Figura 16 - Evolução do perfil, atividade e formação dos Auxiliares de Saúde no setor público da saúde em Portugal (1971 – 2019)

i) 1972-1980: Empregados e Ajudantes de Enfermaria

A criação da categoria de Ajudante de Enfermaria veio alargar ao setor público uma medida que havia sido adotada nos Hospitais Cíveis de Lisboa em 1968, revendo-a no que respeita às exigências de formação, de acesso à atividade profissional e ao quadro de funções e estendendo-a às unidades hospitalares onde a sua necessidade se verificasse (138,173,175).

Perfil e atividade dos Ajudantes de Enfermaria

Reconhecida a necessidade de “aliviar o pessoal de enfermagem de algumas tarefas menos complexas”, aos AE foram atribuídas “tarefas elementares coadjuvantes da

⁴⁶ Recorde-se que, à época, o pessoal de enfermagem incluía auxiliares de enfermagem, categoria que mais tarde foi integrada na carreira única de enfermagem (85,140,174).

enfermagem que não envolvam responsabilidade profissional própria dos enfermeiros e que deverão ser exercidas sob a orientação destes” (173).

Não podendo exceder 25% do total de enfermeiros, os AE partilhavam tarefas com os *empregados diferenciados*, de quem se distinguiam pela designação e quadro funcional próprios e formação de base obrigatória (176).

Sobre a nova dinâmica das equipas, os entrevistados recordam que “(...) não havia ajudantes de enfermaria em todos os hospitais. E era um por serviço, no limite dois” (E7) e que, na prática, estes tinham um papel “(...) idêntico ao que têm hoje os auxiliares” (E12), existindo a perceção de que embora não houvesse uma relação hierárquica formalmente estabelecida, acabavam por enquadrar a atividade de outros auxiliares: “(...) era um auxiliar mais especializado, digamos assim” (E7).

Formação dos Ajudantes de Enfermaria

O acesso aos cursos de AE era permitido a pessoas com idade mínima de 18 anos que tivessem completado a escolaridade mínima obrigatória⁴⁷ (177). Essencialmente prático, o curso de AE durava cerca de 35 semanas, sendo a formação “ministrada por enfermeiros e, de preferência, nos estabelecimentos e serviços onde, de futuro, os ajudantes de enfermaria irão exercer a sua atividade” (173), com atribuição de um certificado de frequência e aproveitamento. A definição dos planos e programas de ensino, bem como dos critérios de seleção e classificação aplicáveis à aprendizagem, eram competência do governo (173).

A formação e admissão dos AE foram canceladas em 1976, numa época em que o regime democrático de 1974 estava em plena afirmação e estruturação, após auscultação dos sindicatos de enfermagem e dos hospitais onde se havia realizado cursos, por se considerar que “a medida não havia alcançado os objetivos pretendidos”(178). Foi ainda determinado a extinção dos lugares de AE existentes nos quadros de pessoal à medida que ficassem vagos e a sua substituição por *empregados diferenciados* (178).

⁴⁷ Em 1964 a escolaridade mínima obrigatória em Portugal foi fixada em seis anos. Em 1986 passou para nove anos (mantendo-se seis para nascidos antes de 1981) sendo prolongada para 12 anos em 2010 (16,177).

ii) 1980-2008: Auxiliares de Ação Médica

O Decreto-Lei n.º 109/80 criou as carreiras do pessoal de apoio geral dos serviços hospitalares, integrando um conjunto de categorias profissionais associadas a quatro áreas: ação médica; alimentação; tratamento de roupas; e aprovisionamento e vigilância. O diploma é contemporâneo da segunda grande reflexão sobre as estratégias de RHS em Portugal, motivada pela criação do SNS em 1979 (137), surgindo numa época marcada pela redução de investimento público na saúde e pela curta duração dos governos⁴⁸ e em que, por garantir a maior parte dos cuidados hospitalares (150), o setor público se mantinha como referência no desenvolvimento das profissões de saúde.

Perfil e atividade dos Auxiliares de Ação Médica

Na área da ação médica foram criadas duas categorias: a de Auxiliar de Ação Médica (AAM), com funções de apoio na logística dos serviços e na prestação de cuidados, destinada aos *empregados diferenciados* e aos novos auxiliares que viessem a ser contratados, e a de Ajudante de Enfermaria, de apoio aos cuidados, que serviu para enquadrar os AE admitidos até 1976, prevendo-se extinção destes lugares quando vagassem e substituição das vagas deixadas em aberto por AAM (90).

Em 1992, aquando da primeira reformulação das carreiras profissionais do pessoal dos serviços gerais dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde, a categoria de AE foi extinta e estes trabalhadores integrados na de AAM (179). Esta reformulação introduziu na lei maior clareza sobre as tarefas e competências dos AAM, alargando-as e conferindo-lhes maior especificidade e diferenciação, levando a que fosse sentida uma “necessidade de acrescidas competências técnicas e comportamentais”(12).

Em 1999 foi operada uma reestruturação destas carreiras, com ajustes pontuais e a integração do pessoal com funções de maqueiro na categoria de AAM (38), tendo ficado estabelecido o quadro de perfil e atividade que vigorou até 2008. É neste período que, como já referimos acima, acontece a integração no Sistema Nacional de Certificação

⁴⁸ A lei 109/80 foi iniciativa do VIº Governo Constitucional que durou um ano e foi liderado por Sá Carneiro à frente da coligação Aliança Democrática de orientação liberal. A lei que cria o SNS foi aprovada pela Assembleia da República no decorrer do mandato do Vº Governo Constitucional, executivo de iniciativa presidencial que durou 5 meses e foi chefiado por Maria de Lourdes Pintassilgo.

Profissional o perfil profissional do Auxiliar de Ação Médica (10,25,39,40), uma medida que, apesar de ter estado em vigor até 2011, não teve reflexos nas carreiras do SNS.

A formação dos Auxiliares de Ação Médica

A estrutura do primeiro curso de AAM para ingresso na carreira foi estabelecida em 1989, em pleno ciclo de consolidação do SNS, marcado por uma orientação política fortemente influenciada pela ideologia de mercado⁴⁹ (150,181).

Dando continuidade ao previsto na lei desde 1980, foram fixadas orientações para estruturar uma formação que, a par da escolaridade obrigatória e da idade mínima de 18 anos, passaria a ser condição necessária ao ingresso na carreira profissional. Previam-se ainda cursos de atualização para os AAM que não tivessem beneficiado de formação similar e para os AE ainda em funções (90,181).

A medida foi acompanhada de uma clarificação das regras para utilização dos AAM nos serviços e para orientação dos formadores na preparação dos cursos, tendo sido definidas as tarefas a realizar na presença de enfermeiros, aquelas que poderiam ser executadas sob supervisão mas sem a presença de um profissional qualificado e as tarefas interditas aos AAM, nomeadamente aquelas “que são de competência técnica dos enfermeiros, dos técnicos de diagnóstico e terapêutica ou de outros técnicos de saúde” (182).

Até esta altura, à falta de uniformização de planeamento e de uma definição clara de conteúdos, a formação de base e contínua existente é descrita pelos auxiliares entrevistados como sendo orientada por aquilo “que se fazia e ainda se faz nos hospitais” (E7) e garantida pelas instituições, verificando-se desequilíbrios de oferta. Por outro lado, também “(...) os sindicatos davam alguma formação, mas não abrangiam toda aquela exigência como hoje fazem” (E2).

Tratando-se de uma iniciativa do setor da saúde que não estava enquadrada nas estratégias de ensino e formação profissional que, na mesma época, começaram a ser desenvolvidas pelo setor da educação ao nível das escolas profissionais (135,147), o curso tinha por objetivo regulamentar a atividade e tornar este grupo de trabalhadores “mais apto para desempenho de tarefas previstas na lei, por forma a assegurar o bem-estar e segurança

⁴⁹ Iniciativa foi promovida pelo gabinete liderado por Leonor Beleza (1985-90), Ministra da Saúde dos Xº e XIº Governos Constitucionais, liderados por Aníbal Cavaco Silva.

dos doentes” (181). Era ministrado em hospitais que dispusessem de centro de formação, por enfermeiros e profissionais das áreas onde os AAM atuavam (laboratório, farmácia, radiologia, etc.) (181).

Com uma orientação eminentemente prática, o curso tinha a duração de 480 horas, distribuídas por 3 meses, prevendo-se 65 horas para abordagem de conteúdos teóricos em sala de aula e o restante tempo para formação em contexto de trabalho, repartida entre o setor onde, posteriormente, o candidato viesse a ser integrado (65% do tempo de estágio) e outros setores e serviços da unidade hospitalar (35% do tempo). Previa-se a atribuição de um certificado de participação aos formandos que concluíssem o curso com classificação positiva e, no caso dos AAM que já estivessem ao serviço, uma redefinição de tarefas dos profissionais que não tivessem sucesso na avaliação final (181).

A relevância do curso é reconhecida pelos entrevistados, uma vez que respondeu a uma necessidade sentida e porque a formação se realizava em contexto de trabalho, sendo ainda apontados os bons resultados alcançados:

“Fizeram-se *n* cursos por este país... era formar pessoas para depois serem admitidas nos hospitais. Quando chegavam aos hospitais já sabiam o que fazer e em que mundo estavam.” (E12)

“Eram cursos dados no processo de integração, levavam à volta de 3 meses, eram intensivos. Para aquilo que havia já era muito bom. Continuavam a ter lacunas, como é evidente, não é a mesma coisa do que ter uma formação em escola durante 3 anos, mas tendo em conta que era feito no contexto de trabalho, era de facto uma mais valia e era importante ter esse tipo de formação.” (E7)

Apesar de se prever obrigatoriedade de formação para recrutamento de novos auxiliares, a medida “(...) durou pouco tempo (...) e não se fez em todo o lado” (E7), tendo a questão, na opinião dos auxiliares entrevistados, perdido importância na sequência da saída da equipa ministerial que dera início ao processo, uma mudança ocorrida dentro do mesmo governo⁵⁰ mas que introduziu alterações à agenda da política de saúde (24).

⁵⁰ Não foi possível identificar as razões desta mudança, o momento em que aconteceu e qual a equipa ministerial em funções, se a liderada por Arlindo de Carvalho (1990-93) ou a de Paulo Mendo (1993-95), titulares da pasta saúde nos dos XIº e XIIº Governos Constitucionais liderados por Aníbal Cavaco Silva.

Ainda assim, os entrevistados coincidem na ideia de que o curso e a clarificação de funções de 1989 se refletiram na redefinição de funções de 1992 (179) e na formação que os hospitais continuaram a disponibilizar através de cursos introdutórios e de formação contínua, sendo também referidos desequilíbrios na oferta formativa e no perfil dos auxiliares das diferentes instituições, que terão resultado de um contexto em que há “instituições que não ligam nenhuma à formação, que fazem muito pouca ou quase nenhuma, é só mesmo o essencial. Há outras que apostam...” (E7).

Este desequilíbrio na oferta formativa também é descrito em 2002 pelos autores do estudo *Compreender os Recursos Humanos no Serviço Nacional de Saúde* (124), que apontam a necessidade de dotar os AAM “de uma formação inicial razoável para dominar um acervo considerável de conhecimento que lhes permitam desempenhar com êxito as suas tarefas” (124), constatando que a formação realizada nas instituições, parcialmente financiada com fundos da União Europeia, beneficiava maioritariamente profissionais mais diferenciados (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica) e que, dos hospitais analisados na sua pesquisa, “apenas dois proporcionam este tipo de formação inicial” aos auxiliares (124).

Perante os impasses e a falta de oferta estruturada e certificada de cursos de base, a formação para trabalhadores no ativo continuava a ser desenvolvida, seja por iniciativa de organizações representativas de auxiliares (183) ou das instituições do SNS, integrada nos planos de formação dos hospitais ou através de iniciativas mais abrangentes. É o caso dos cursos de formação de AAM e de Ajudantes de Saúde para atuação no contexto da recém-criada rede de cuidados continuados integrados, impulsionados pelo Ministério da Saúde em 2006 (184), vista como “uma experiência piloto de formação contínua, que tinha como objetivo último aperfeiçoar as competências específicas exigíveis aos profissionais que trabalham no âmbito daquela Rede” (E8).

Também o setor privado da formação intensificou a oferta de iniciativas de formação dirigida a este segmento, sendo possível encontrar, na imprensa da época, vários anúncios dando conta da abertura de cursos de auxiliar que, sendo garantidos por profissionais de saúde e incluindo ensino prático em contexto de trabalho, não atribuíam qualquer título profissional legalmente reconhecido ou equivalência a um nível escolar (185–187).

iii) 2008: Assistentes Operacionais

O ciclo político iniciado após as eleições legislativas de 2005 foi marcado por um conjunto de reformas na administração pública. Em 2008, a reforma do regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas reposicionou os AAM na categoria de Assistente Operacional (AO), transversal à administração pública, para trabalhadores detentores da escolaridade mínima obrigatória e de formação adequada para exercício de funções menos complexas (89,188).

Perfil e atividade dos Assistentes Operacionais

A transição de AAM para AO privou os auxiliares do setor público de uma categoria e uma denominação próprias que os distinguisse de AO com outras funções⁵¹, passando a atuar sem quadro funcional descrito na lei, ficando as instituições com a responsabilidade de estabelecer, por regulamento interno, a “descrição pormenorizada das tarefas e funções correspondentes às atribuições, competências ou atividades caracterizadoras dos postos de trabalho” (89). Na prática, verificou-se manutenção de responsabilidades, deixando de ser reconhecida a especificidade desta atividade (12,156,189).

Esta perda de especificidade e indefinição são apontadas como redutoras pela generalidade dos entrevistados, destacando-se a ideia de que esta carreira transversal integrou “demasiadas pessoas ‘no mesmo saco’ e, portanto, hoje em dia ser motorista, AAM ou porteiro é rigorosamente a mesma coisa. No entanto são diferentes e requerem formação diversificada” (E1).

Formação dos Assistentes Operacionais

Sem regras claras, a preparação inicial dos auxiliares continuou a ser responsabilidade das unidades de saúde, numa rotina em que “o profissional é integrado numa equipa e acompanhado por um superior que o ensina a realizar as funções e complementarmente são realizadas ações de formação em sala para aquisição de competências de carácter mais teórico” (156).

⁵¹ Note-se que quando esta mudança aconteceu o perfil profissional do AAM de 2004 estava em vigor, verificando-se que, tal como viria a acontecer com o perfil profissional de TAS, a existência de um perfil profissional claro não teve impacto direto na estrutura de carreiras do setor público.

A introdução da qualificação de TAS no CNQ, em 2010, permitiu estabelecer oferta de formação de base em escolas e centros de formação profissional, destinada a jovens e a adultos, cujos resultados são explorados mais adiante neste capítulo de resultados. Verifica-se, no entanto, que a disponibilidade de mão de obra qualificada não teve impacto direto nas regras de contratação e no seu estatuto. Apesar da formação ser um requisito legal (89), no final de 2019 esta atividade ainda era de livre acesso e os novos auxiliares do SNS, com e sem formação, continuavam a ser integrados na categoria de genérica AO e não lhes era reconhecida a especificidade de funções.

Há ainda dois aspetos associados ao aparecimento da qualificação de TAS que importa sublinhar, pois são referidos pela quase totalidade dos entrevistados: Se, por um lado, a estrutura modular do curso permitiu a integração de alguns dos seus conteúdos nos programas de formação em serviço das instituições de saúde, tendo sido recomendada a sua adoção (55), por outro, o impasse na implementação do RVCC é considerado um entrave ao desenvolvimento deste segmento da força de trabalho e do próprio SNS. Voltaremos a este tema mais adiante.

3.3.2.2 Auxiliares de Saúde nas carreiras do setor privado

A análise dos Contratos Coletivos de Trabalho entre a Associação Nacional de Hospitalização Privada, inicialmente designada de Grémio Nacional das Casas de Saúde, e os sindicatos representativos dos trabalhadores do setor permitiu traçar uma evolução na definição de perfil e de atividade dos auxiliares de saúde nos quadros de pessoal do setor privado mais lenta e distante dos processos descritos para os setores público e social. A Figura 17 ilustra este percurso.

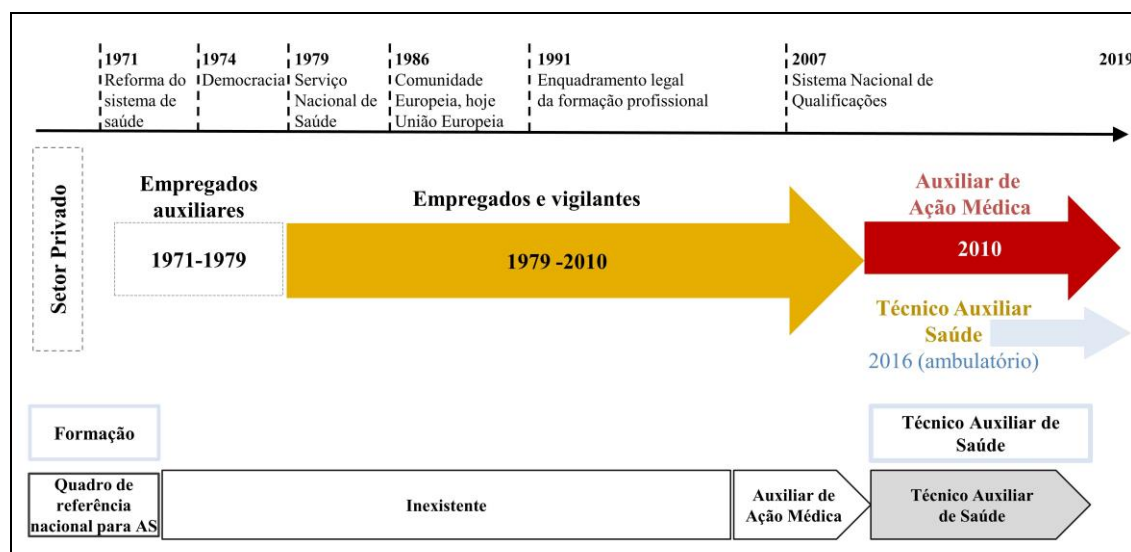


Figura 17 - Evolução do perfil, atividade e formação dos Auxiliares de Saúde no setor privado em Portugal (1971 - 2019)

Em 1971, a “inexistência de regulamentação coletiva de trabalho para os empregados de consultórios médicos, policlínicas e estabelecimentos similares” (191) e a necessidade de enquadrar um conjunto alargado de trabalhadores com funções de apoio à atividade dos profissionais de saúde, motivaram a criação de mecanismos de regulamentação específicos para este setor de atividade (191). Neste sentido, e em harmonia com a CNP/1966, foi criada a subcategoria de *Empregado Auxiliar* nos quadros de pessoal destas instituições, destinada aos Empregados de Consultório que, não tendo formação específica, desempenhavam “funções auxiliares paramédicas, segundo a orientação e responsabilidade dos médicos e coadjuva os mesmos no acto médico e complementarmente nas actividades de tratamento e recuperação” (192).

Embora o apoio à prestação de cuidados ao nível das atividades de vida diária não seja claramente referido, o facto desta definição de perfil ser relativamente aberta e não existir outra categoria para os auxiliares com estas funções leva-nos a supor que estes tenham sido integrados nesta subcategoria (192), sendo esta uma leitura que carece de outra fundamentação para além da que já foi apontada.

i) 1979 – 2010: Empregados e Vigilantes

O primeiro contrato coletivo para o setor foi publicado em 1979. Entre as categorias profissionais então estabelecidas, o perfil que mais se aproximava do de *Empregado Diferenciado* ou de *Ajudante de Enfermaria* que, à época, existiam no setor público, era

o de *Empregadas de Quarto/Andar*, com função de arrumar e limpar os quartos e enfermarias, transporte de roupa necessária para o efeito e servir refeições (193).

Só em 1986 é possível registar a integração nos quadros de pessoal do setor privado de categorias com um perfil e funções semelhante às dos Auxiliares de Ação Médica do setor público: *Empregados de Bloco Operatório*, *Empregados de Esterilização* e, nas instituições psiquiátricas, *Vigilantes de Doentes* (194,195).

No início da década seguinte viria a ser criada a categoria de *Empregado de Enfermaria*, com funções específicas no apoio aos enfermeiros na prestação de cuidados, além das tarefas até aí da responsabilidade das *Empregadas de Quarto*, ficando estabelecido um quadro de referência que se manteve até 2010 (196,197). A Tabela 11 resume estes perfis.

As condições de acesso aos lugares de Empregado mantêm-se ao longo deste largo período: 18 anos de idade e titularidade da escolaridade obrigatória, sem obrigatoriedade de formação específica para as tarefas de apoio à prestação de cuidados (193,196,197).

Tabela 11 - *Perfil e atividade dos empregados e vigilantes com funções de auxiliar de saúde no setor privado (1986-2010)*

Empregado de Bloco Operatório (até 2010)	É o trabalhador que limpa e desinfeta as instalações do bloco operatório, dá apoio aos enfermeiros da sala, fornece todo o tipo de material esterilizado para a mesa operatória e prepara o material para a esterilização; prepara e fornece ainda as roupas necessárias ao bloco operatório. Pode ainda fazer acidentalmente outros serviços relacionados com o bloco operatório.
Empregado de Esterilização (até 2010)	É o trabalhador que sob orientação superior esteriliza todo o tipo de material em autoclaves (vapor e ou gás) e estufas, prepara ainda o material a esterilizar e limpa o equipamento com que trabalha.
Empregado de Enfermaria (até 2010)	É o trabalhador que, sem manipulação dos doentes dependentes, ajuda o enfermeiro nas tarefas de higiene, conforto, banhos, preparação dos alimentos, colocação da arrastadeira; movimentação dos doentes e faz e desfaz as camas. Autonomamente, para os doentes independentes, sob orientação do enfermeiro, prepara os materiais de cuidados de higiene e conforto, prepara os tabuleiros para o fornecimento da alimentação, ajuda nos banhos, faz e desfaz camas e ajuda na movimentação dos doentes. Arruma e limpa os quartos e enfermarias, transportando a roupa necessária para o efeito; pode servir refeições nos quartos e enfermarias.
Vigilante de Doentes (até 1992)	É o trabalhador que nas casas de saúde de psiquiatria acompanha os doentes na sua fase de recuperação, ministra-lhes a alimentação em caso de necessidade; faz a cama, a limpeza e dá passeios com os doentes. Apoia o pessoal de enfermagem nas suas tarefas.

Fontes: Governo de Portugal; Conselho Económico e Social (193,196,197)

ii) 2010: Auxiliares de Ação Médica

A revisão global dos contratos do setor, em 2010, determinou que os trabalhadores classificados nas categorias de *Empregada de Enfermaria*, de *Bloco Operatório* e de *Esterilização* transitassem para a nova categoria de *Auxiliar de Ação Médica*. Alinhado com o perfil profissional de 2004, o quadro funcional dos novos AAM (que em 2019 se maninha), agrega as funções e responsabilidades das três categorias extintas, sendo algumas delas atribuídas a auxiliares posicionados em níveis de carreira que já implicam mais conhecimento, experiência e algum grau de formação (Tabela 12) (197,198).

Para aceder à atividade profissional continua a ser exigida apenas a idade mínima de 18 anos e titularidade da escolaridade obrigatória, existindo referência à necessidade de frequência de formação específica (sem indicar qual) ou de experiência profissional equivalente para progressão na carreira (197).

iii) 2016: Técnico Auxiliar de Saúde (cuidados ambulatoriais)

Apesar do perfil profissional do Técnico Auxiliar de Saúde estar disponível desde 2010, só em 2016 foi criada a primeira categoria para auxiliares com esta designação no âmbito das carreiras dos trabalhadores que prestam cuidados de saúde em regime ambulatorio do setor privado (199).

Integrados nas categorias dos trabalhadores qualificados, estes *Técnicos Auxiliares de Saúde* têm um perfil similar ao do TAS que é descrito no Catálogo Nacional de Qualificações (Tabela 12), devendo ser titulares da escolaridade mínima obrigatória e de certificado de aptidão profissional ou documento equivalente, sempre que tal seja legalmente exigido para o exercício de funções (127,199).

Tabela 12 - Perfil e atividade dos auxiliares de saúde no setor privado (2010-2019)

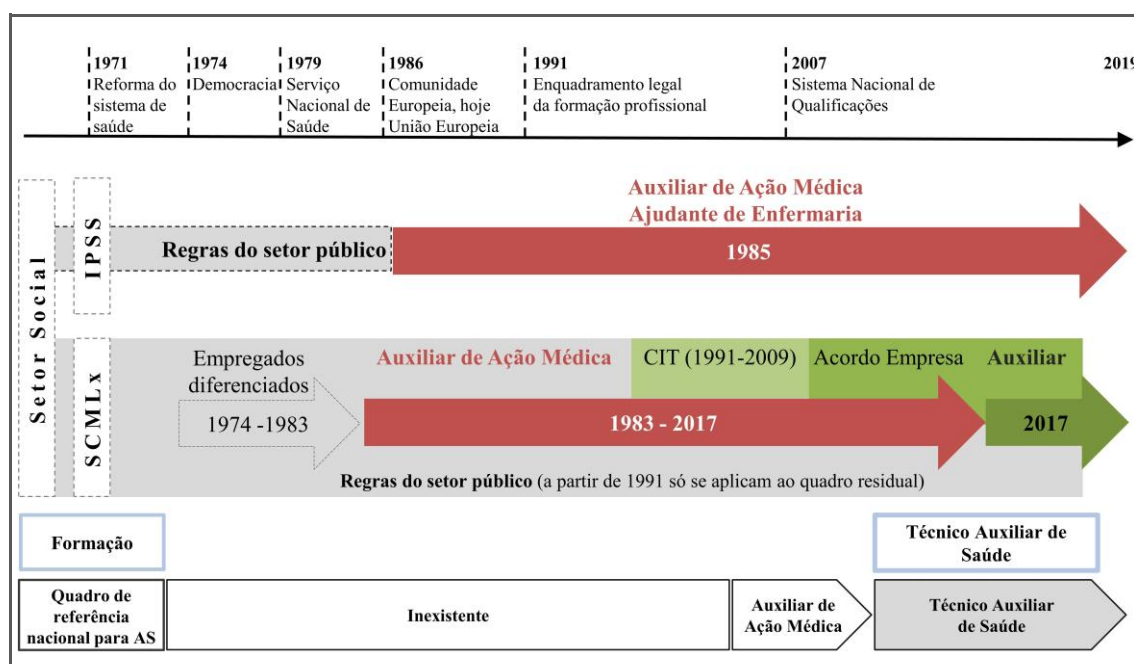
Auxiliar de Ação Médica (desde 2010) As funções de AAM, com as necessárias adaptações, podem ser desempenhadas nas áreas de diagnóstico e ou terapêutica	Nível I: Sob o orientação e controlo do enfermeiro - Colabora nos cuidados de higiene, conforto e ambiente; - Colabora no apoio às pessoas dependentes para cumprir as necessidades elementares da vida quotidiana; - Assegura a limpeza de mobiliário e equipamento hospitalar relacionado com a atividade; - Efetua o transporte de doentes; - Efetua o transporte de produtos e, ou, peças para análise; - Assegura atividades de mensageiro entre os diversos serviços; - Colabora na admissão do doente. Nível II - Sob orientação e controlo de um enfermeiro: - Colabora nos cuidados de higiene, conforto e ambiente; - Colabora no apoio às pessoas dependentes para cumprir as necessidades elementares da vida quotidiana; - Colabora na vigilância do doente, com observações que permitam identificar modificações do estado e ou do comportamento e transmite-as ao enfermeiro. Nível III: Sob a orientação e controlo de um enfermeiro: - Colabora nos cuidados de higiene, conforto e ambiente; - Colabora no apoio às pessoas dependentes para cumprir as necessidades elementares da vida quotidiana; - Colabora na vigilância do doente, com observações que permitam identificar modificações do estado e ou do comportamento e transmite-as ao enfermeiro; - Participa na formação e enquadramento de novos profissionais da carreira. Especialista - Detém especialização num domínio específico, garantida por certificação ou experiência equivalente. - Colabora nos cuidados de higiene, conforto e ambiente; - Colabora no apoio às pessoas dependentes para cumprir as necessidades elementares da vida quotidiana; - Colabora na vigilância do doente, com observações que permitam identificar modificações do estado e ou do comportamento e transmite-as ao enfermeiro; - Participa na formação e enquadramento de novos profissionais; - Colabora na prestação de cuidados a determinados clientes sob orientação e acompanhamento do enfermeiro.
Técnico Auxiliar de Saúde (desde 2016) Cuidados em regime de ambulatório	Sob a orientação de um médico, enfermeiro ou técnico de saúde: - Auxilia na prestação de cuidados de saúde aos utentes, - Participa na vigilância e apoio aos doentes em todas as vertentes que lhe forem indicadas, designadamente nos cuidados especiais a alguns doentes e ainda nos cuidados de higiene, conforto e ambiente; - Assegura a limpeza do equipamento técnico; - Efetua o transporte de doentes, produtos ou mensagens entre os diversos serviços.

Fontes: Conselho Económico e Social (197,199)

3.3.2.2.3 Auxiliares de Saúde nas carreiras do setor social

Os serviços de saúde pertencentes ao setor social, ou privado não lucrativo, dividem-se entre as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), onde se inserem, entre outras, a generalidade das Misericórdias e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), entidade que dispõe de um estatuto próprio (200).

Apesar das mudanças e oscilações verificadas ao longo do período abarcado por este estudo, sobretudo após o 25 de abril de 1974 e com a criação do SNS, o setor social manteve, a par do setor privado, “uma presença marcante no sistema de saúde” (150) que se vem alargando desde o início da década de 1990, com atuação em diversos níveis de cuidados, destacando-se a atividade desenvolvida ao nível hospitalar e nas redes de instituições que garantem cuidados de saúde mental e cuidados continuados e integrados (150,161,164). A Figura 18 ilustra o percurso dos AS neste setor.



Legenda: AS – Auxiliar de Saúde; CIT – contrato individual de trabalho; IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social; SCMLx – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Figura 18 - Evolução do perfil, atividade e formação dos Auxiliares de Saúde no setor social (1971-2019)

i) Auxiliares de Saúde nas Instituições Particulares de Solidariedade Social

Estando integradas na organização do sistema de saúde desenhado no início da década de 1970, o regime jurídico das instituições privadas de solidariedade social só foi alterado

em profundidade em 1979, tendo sido consolidado em 1983 (200,201). Neste contexto, as relações de trabalho do setor caracterizavam-se “por uma significativa hibridez, aplicando-se a certos aspetos daquelas relações o regime estabelecido para a função pública e a outros o regime do contrato individual de trabalho, e por uma grande dispersão normativa” (202).

Em 1985 foi publicada a portaria de regulamentação para enquadrar a atividade dos trabalhadores destas instituições e, dentro do quadro legal próprio do setor, assegurar “inequivocamente e de forma sistemática a transição para o regime geral bem como a salvaguarda de direitos e situações já adquiridas” (202). Tal clarificação resultou na criação de um conjunto de categorias, descritivos de atividade e critérios de admissão para os trabalhadores destas instituições que ainda têm reflexos nos acordos coletivos atualmente em vigor (203,204).

Perfil e atividade

Relativamente aos trabalhadores com funções de auxiliar de saúde, à luz do que acontecia no setor público desde 1980, foram criadas as categorias de *Ajudante de Enfermaria* e de *Auxiliar de Ação Médica*⁵², cujo descritivo de funções se mantém sem grandes alterações (202–206). A Tabela 13 apresenta uma súmula destes perfis e funções associadas.

Formação

Tal como no setor público, os Ajudantes de Enfermaria e os AAM são parte dos trabalhadores de apoio aos serviços, e estão integrados em categoria destinadas a “profissionais semiqualeificados especializados”, o que pressupõe algum nível de diferenciação. No entanto, a única condição de admissão estabelecida foi a de terem “idade não inferior a 16 anos”⁵³ e conclusão da escolaridade mínima obrigatória, sem qualquer exigência de formação específica (202–206). Os acordos coletivos de trabalho não fazem referência à necessidade de as instituições lhes garantirem treino inicial

⁵² Além destas, é mantida a figura de Auxiliar de Enfermagem (já extinta no setor público) sem que se especifique a formação ou de condições de acesso à categoria. Não dispondo de nenhum requisito legal que permita a estes trabalhadores desempenhar tarefas exclusivas dos enfermeiros, a sua atividade acaba por ficar limitada a aquela que hoje está definido como o campo de intervenção dos Auxiliares de Saúde.

⁵³ Embora a lei estabeleça claramente os 16 anos como idade mínima, é de supor que, tal como nos restantes setores e por questões relacionadas com responsabilidade civil e deontologia, os prestadores de cuidados só fossem admitidos a partir dos 18 anos (um critério que viria a ser adotado mais tarde).

adequado, não tendo sido possível identificar, na recolha de dados efetuada, iniciativas específicas com esse fim.

No final de 2019, e tal como acontecia no setor público, as condições de admissão para os auxiliares continuavam a ser pouco claras, nomeadamente no que respeita à formação, ficando a necessidade de se ser titular de certificação profissional adequado condicionada por uma exigência legal de tais títulos (203,204) que, até então, não fora fixada.

Tabela 13 - Perfil e Funções dos auxiliares de saúde nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (1985 -2019)

Ajudante de Enfermaria	
Perfil e funções	Desempenha tarefas que não requeiram conhecimentos específicos de enfermagem, sob a orientação do enfermeiro; colabora na prestação de cuidados de higiene e conforto e de alimentação dos utentes; procede ao acompanhamento e transporte dos doentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé, dentro e fora do estabelecimento; assegura o transporte de medicamentos e produtos de consumo corrente necessários ao regular funcionamento do serviço; procede à receção de roupas lavadas e entrega de roupas sujas e sua entrega na lavandaria.
Auxiliar de Ação Médica	
Perfil e funções	Assegura o serviço de mensageiro e procede à limpeza específica dos serviços de ação médica; prepara e lava o material dos serviços técnicos; procede ao acompanhamento e transporte de doentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé, dentro e fora do hospital; assegura o serviço externo e interno de transporte de medicamentos e produtos de consumo corrente necessários ao funcionamento dos serviços; procede à receção, arrumação de roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e suas entregas; prepara refeições ligeiras nos serviços e distribui dietas (regime geral e dietas terapêuticas); colabora na prestação de cuidados de higiene e conforto aos doentes sob orientação do pessoal de enfermagem; transporta e distribui as balas de oxigénio e os materiais esterilizados pelos serviços de ação médica.

Fontes: Governo de Portugal (202–206)

ii) Auxiliares de Saúde na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Em virtude do estatuto especial conferido à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, o quadro de pessoal e as carreiras da instituição foram, ao longo de várias décadas, organizados de acordo com as normas do sector público, através da publicação de diplomas com transposição ou a extensão de aplicação destas regras aos seus trabalhadores (201,207).

Com a entrada em vigor dos novos estatutos da SCML, em 1991, a instituição deixou de ser um instituto público, assumindo a natureza jurídica de pessoa coletiva de utilidade

pública administrativa. Esta alteração introduziu o regime de vinculação por contrato individual de trabalho para os novos trabalhadores, passando as carreiras a ser estabelecidas e negociadas de acordo com os mecanismos de concertação aplicáveis às demais organizações dos setores social e privado (208).

Foram ainda criados mecanismos para a transição (opcional) para o novo regime dos trabalhadores ligados à instituição por vínculos públicos, sendo assegurada aos que não exercessem esta opção a manutenção dos direitos e regalias associados ao seu regime contratual e a integração num quadro específico (denominado quadro residual), cujos lugares deveriam ser extintos à medida que vagassem, sem prejuízo das respetivas carreiras (208).

Perfil e atividade

Embora no início da década de 1970 os *serventes* e *empregados* fizessem parte dos quadros da Santa Casa (209,210), a primeira referência explícita a trabalhadores com função de auxiliar de saúde só surge nos descritivos do quadro de pessoal em Outubro de 1974, quando é determinada a inclusão dos funcionários com funções de ajudante de enfermaria na categoria de *Empregado Diferenciado*, ficando ainda estabelecido que a discriminação das suas funções deveria constar dos contratos de trabalho (211).

Em 1983 os empregados diferenciados foram reclassificados de acordo com o previsto na lei que institucionalizou as carreiras do pessoal de apoio geral dos serviços hospitalares do SNS, passando a denominar-se *Auxiliares de Ação Médica* (207). Tal como no setor público, o seu quadro funcional foi revisto e consolidado em 1992, por aplicação direta ao pessoal dos estabelecimentos e serviços da SCML que mantinha o regime da função pública do diploma que reformulou as carreiras profissionais do pessoal dos serviços gerais dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde (179).

Quanto aos auxiliares com contrato individual de trabalho, até ao estabelecimento da primeira estrutura de carreiras, o seu perfil e quadro funcional foram sendo definidos, de acordo com a lei geral do trabalho, pela articulação do contrato de trabalho e dos regulamentos internos para gestão do quadro de pessoal (208). A impossibilidade de aceder à documentação interna da instituição, não permitiu caracterizar a evolução do perfil e atividade dos auxiliares no período compreendido entre 1991 e 2009.

Com a publicação do Acordo de Empresa da SCML, em 2009, os auxiliares de saúde são integrados na categoria de Auxiliares de Ação Médica e descritos como trabalhadores que, sob orientação de profissionais de saúde, colaboraram “na prestação de cuidados aos utentes, na manutenção das condições de limpeza e higienização nas instalações e no apoio logístico e administrativo no serviço e/ou unidade integrados em estabelecimentos de cuidados de saúde” (212), um enquadramento que se mantém nos acordos de empresa de 2013 (213).

Note-se que esta definição é idêntica à formulação inscrita no perfil profissional de AAM integrado no Sistema Nacional de Certificação Profissional em 2004 (143). Embora não tenha sido possível encontrar elementos que o comprovem, dada a similitude e o enquadramento legal apontados, é de supor que o acordo de empresa tenha sido orientado por este quadro de referência.

A designação e o perfil de Auxiliar de Ação Médica mantiveram-se até 2017, ano em que a SCML e os diferentes sindicatos firmaram novo acordo de empresa que, tal como aconteceu em 2008 na Função Pública, determinou a existência de três carreiras transversais, definidas em função das habilitações dos trabalhadores e natureza das suas funções: auxiliar, técnico profissional e técnico superior (214).

Os auxiliares de saúde foram integrados na carreira auxiliar, destinada aos trabalhadores com “funções de natureza executiva, de carácter manual ou mecânico, enquadradas em diretivas gerais bem definidas e com graus de complexidade variáveis” (214), com tarefas “de apoio elementares, indispensáveis ao funcionamento dos órgãos, departamentos e serviços, podendo comportar esforço físico” (214). Dado carácter genérico destas carreiras, a SCML assumiu o compromisso de elaborar um catálogo das profissões existentes na instituição, pormenorizando o perfil e funções para cada área de atuação (214), não tendo sido possível apurar se o documento foi publicado.

Formação

As exigências relativas à formação dos auxiliares de saúde da SCML acompanharam as do setor público, não tendo sido possível identificar iniciativas de formação de base para estes trabalhadores promovidas pela instituição.

Com a criação do quadro de pessoal e das carreiras próprias da SCML, em 2009, fixou-se como condição de acesso às carreiras auxiliares a titularidade de habilitações ao nível

da escolaridade obrigatória. Em 2013 foi fixada a necessidade de formação profissional para progressão na carreira mas, já estando em vigor o perfil profissional e o referencial de formação do TAS, ficou por clarificar quais os cursos a frequentar ou as qualificações a obter para esse fim (213).

A partir de 2017, o pessoal da carreira auxiliar ficou obrigado à “titularidade de habilitação literária e profissional correspondente à profissão ou área funcional respetivas, bem como o título profissional necessário ao seu exercício, quando for o caso” (214). A progressão dos trabalhadores já integrados nos quadros ficou condicionada à frequência de formação profissional adequada ou experiência na área de enquadramento, continuando a não existir referência explícita aos cursos a frequentar ou qualificações a obter (214).

3.3.3 Auxiliares de Saúde em Portugal: uma caracterização em 2018

A falta de conhecimento sobre os auxiliares de saúde a trabalhar no sistema de saúde português e noutras instituições que asseguram cuidados de saúde e de apoio às atividades de vida diária a pessoas em situação de dependência é referida, ainda que de forma breve, na literatura sobre RHS, constatando-se uma dificuldade em quantificar e caracterizar este grupo ocupacional de forma consistente (11–14).

Ao longo das próximas páginas são apresentados elementos que contribuem para preencher parte desta lacuna. Com base nos dados disponíveis, é feita uma caracterização dos AS que, em 2018, se encontravam ao serviço nos hospitais portugueses e nas entidades dos setores privado e social, que permite uma visão aproximada da dimensão, composição e distribuição deste segmento da força de trabalho, bem como da sua evolução ao longo do tempo. É ainda apresentada uma análise ao contingente de auxiliares no setor público, que, por limitação dos dados disponíveis, está centrada nos Assistentes Operacionais (grupo em que os AS se integram) ao serviço do SNS.

3.3.3.1 Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais

No final de 2018 o contingente de auxiliares de saúde a exercer funções nos hospitais portugueses (N=230) era composto por 28.133 trabalhadores, na sua grande maioria

Resultados e discussão

mulheres (78,92%). Este segmento da força de trabalho correspondia a 22,96% dos 122.541 trabalhadores hospitalares identificados nesse ano⁵⁴ (Tabela 14).

Tabela 14 - Evolução anual do número de Auxiliares de Saúde ao serviço nos Hospitais em Portugal (2011 - 2018)

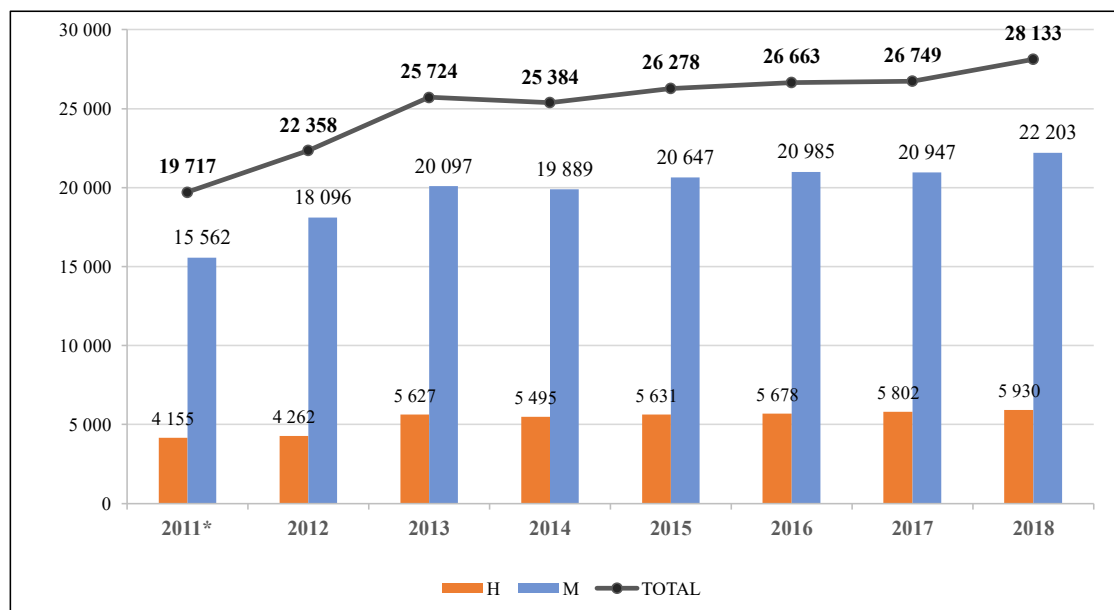
Ano	Nº de hospitais	Auxiliares de saúde							Trabalhadores dos Hospitais	
		TOTAL	Variação	%	H	%	M	%	TOTAL	% de AS
2011*	226	19.717			4.155	21,07%	15.562	78,93%	109.441	18,02%
2012	229	22.358	2641	13,39%	4.262	19,06%	18.096	80,94%	102.812	21,75%
2013	226	25.724	3366	15,06%	5.627	21,87%	20.097	78,13%	108.053	23,81%
2014	225	25.384	-340	-1,32%	5.495	21,65%	19.889	78,35%	106.972	23,73%
2015	225	26.278	894	3,52%	5.631	21,43%	20.647	78,57%	110.602	23,76%
2016	225	26.663	385	1,47%	5.678	21,30%	20.985	78,70%	114.451	23,30%
2017	225	26.749	86	0,32%	5.802	21,69%	20.947	78,31%	116.599	22,94%
2018	230	28.133	1384	5,17%	5.930	21,08%	22.203	78,92%	122.541	22,96%

Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Inquérito aos Hospitais, 2011-18 Bases de dados disponibilizadas pelo INE.

Olhando a evolução do número de auxiliares de saúde nos hospitais desde 2011, verifica-se um crescimento até 2013, seguida de uma redução ligeira em 2014 e de um crescimento menos acentuado entre 2015 e 2018 (Figura 19).

⁵⁴ Dados referentes a trabalhadores que exercem a sua atividade principal na entidade declarante ao abrigo de um contrato de trabalho, não contemplando prestadores de serviço ou aqueles que desempenham funções a tempo parcial e/ou em complemento à sua atividade principal.



Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Inquérito aos Hospitais, 2011-18 – bases de dados disponibilizada pelo INE.

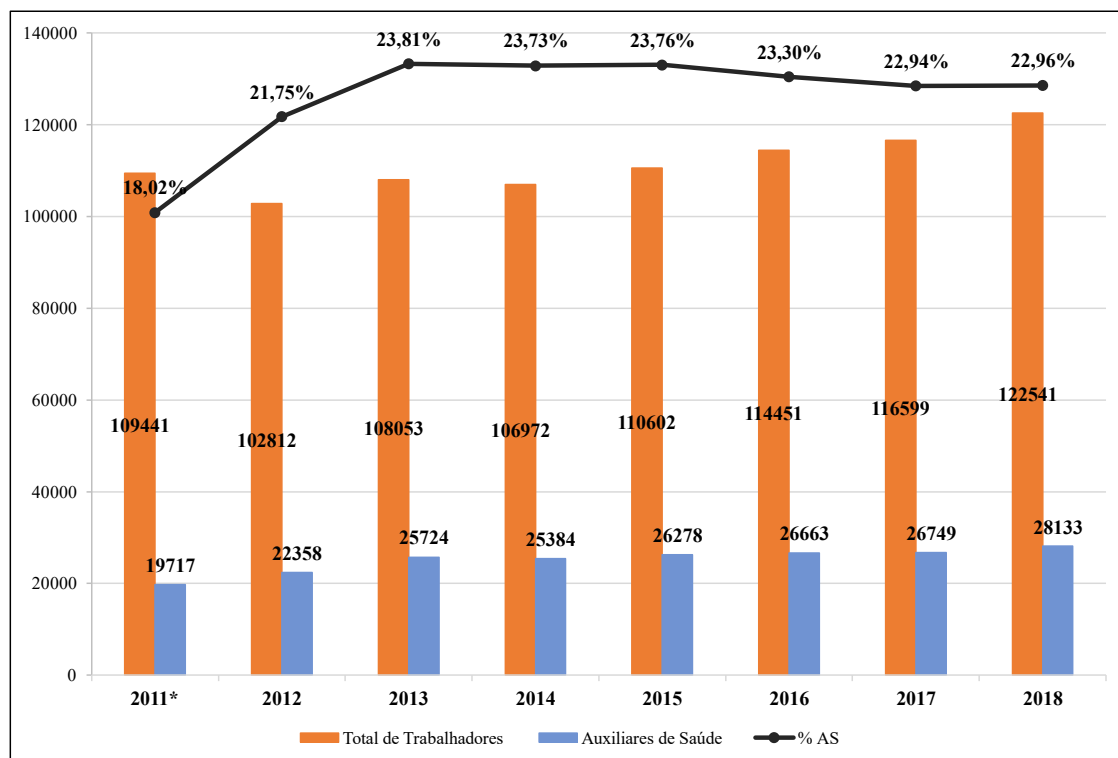
Figura 19 - Evolução do número de Auxiliares de Saúde ao serviço nos hospitais em Portugal entre 2011-2018 (total e por sexo)

Considerando as alterações metodológicas introduzidas ao Inquérito aos Hospitais em 2011 e 2012, é de considerar que parte das variações verificadas até 2013 possam ser explicadas por dificuldades de notificação associadas ao novo instrumento de recolha de dados adotado em 2011⁵⁵.

No conjunto de todo o pessoal mapeado através do inquérito, ao longo deste período, os auxiliares de saúde representaram entre 18,02% e 22,96% da força de trabalho dos hospitais. Se reduzirmos a análise para o período entre 2013 e 2018, verifica-se que representavam entre 23,81% e 22,96% do total de trabalhadores (Figura 20).

⁵⁵ Em 2011 a variável de “Auxiliar de Ação Médica” até então usada no módulo de recolha de dados relativos ao Pessoal ao Serviço foi substituída pela de “Pessoal Auxiliar de Enfermagem”. Nesse ano, parte dos hospitais notificou zero trabalhadores na nova variável, indicando, simultaneamente, elevados contingentes na variável de “outros trabalhadores”.

Em 2012 foi reintroduzida a variável de “Pessoal Auxiliar de Ação Médica”, associada à de “Pessoal Auxiliar de Enfermagem”. Além da subida no total de auxiliares reportados, verifica-se uma redução do número de inscritos na variável “outros” (11.247 em 2011, 6.763 em 2012, mantendo-se abaixo dos 4.500 entre 2013 e 2018).



Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Inquérito aos Hospitais, 2011-18, Bases de dados disponibilizadas pelo INE.

Figura 20 - Comparação entre a evolução do número total de trabalhadores e o número total de auxiliares de saúde ao serviço dos hospitais portugueses (2011-2018)

Não dispondo de elementos que permitam aprofundar a análise desta evolução, presume-se que as variações na dimensão do contingente possam estar associadas a mudanças na rede hospitalar e a impactos no sistema de saúde das dinâmicas da economia e do mercado de trabalho verificadas ao longo de um período que se inicia num ciclo de recessão marcado por elevado desemprego e políticas de austeridade, a que se seguiram anos de alguma recuperação económica (215,216), mas também a dificuldades acrescidas na identificação e classificação destes trabalhadores, que põem em evidência as indefinições em torno do seu estatuto (12,13).

Auxiliares de saúde por tipo de hospital

A análise da distribuição destes auxiliares por tipo de hospital (Tabela 15), permite verificar que a maioria (74,81%) estava ligada a hospitais do setor público (não PPP), que incluem unidades de acesso universal (73,56%) e hospitais de acesso restrito integrados nos serviços de saúde militar e prisional (1,24%). Os hospitais dos setores privado e social

empregavam 19,61% dos auxiliares e as quatro unidades do SNS geridas em regime de PPP enquadravam 5,58% do contingente.

Tabela 15 - Auxiliares de Saúde ao serviço nos hospitais portugueses em 31-12 -2018 (Por NUT I, sexo e tipo de hospital)

Tipo de Hospital (N=230)	Auxiliares de saúde	%	H	%	M	%
Portugal	28.133	100%	5.930	21,08%	22.203	78,92%
Parceria Público-Privada (n=4)	1.570	5,58%	278	17,71%	1.292	82,29%
Privado (n=119)	5.518	19,61%	635	11,51%	4.883	88,49%
Público Acesso Restrito (n=5)	349	1,24%	109	31,23%	240	68,77%
Público Acesso Universal (n=102)	20.696	73,56%	4.908	23,71%	15.788	76,29%
Continente	25.911	92,10%	5.268	20,33%	20.643	79,67%
Parceria Público-Privada (n=4)	1.570	5,58%	278	17,71%	1.292	82,29%
Privado (n=108)	5.266	18,72%	566	10,75%	4.700	89,25%
Público Acesso Restrito (n=5)	349	1,24%	109	31,23%	240	68,77%
Público Acesso Universal (n=96)	18.726	66,56%	4.315	23,04%	14.411	76,96%
Região Autónoma dos Açores	1.118	3,97%	301	26,92%	817	73,08%
Privado (n=5)	169	0,60%	35	20,71%	134	79,29%
Público Acesso Universal (n=3)	949	3,37%	266	28,03%	683	71,97%
Região Autónoma da Madeira	1.104	3,92%	361	32,70%	743	67,30%
Privado (n=6)	83	0,30%	34	40,96%	49	59,04%
Público Acesso Universal (n=3)	1.021	3,63%	327	32,03%	694	67,97%

Fontes: Inquérito aos Hospitais, 2018 – base de dados disponibilizada pelo INE.

A análise da distribuição dos AS ao serviço dos hospitais pelo território português (NUT II) e da sua relação com o número de habitantes de cada região (Tabela 16) permite verificar que, a nível nacional, na rede hospitalar existiam 273,76 auxiliares de saúde por 100 mil habitantes e que:

- O maior número de auxiliares (n=10.634) estava ligado aos hospitais situados na Área Metropolitana de Lisboa, seguindo-se, por ordem decrescente, as unidades situadas nas regiões Norte, Centro, Alentejo, Algarve, RAA e RAM.
- O número de auxiliares da rede hospitalar por 100 mil habitantes estava acima do valor médio nacional nas Área Metropolitana de Lisboa (373,60) e nas Regiões Autónomas dos Açores (460,37) e Madeira (434,74), situando-se abaixo nas restantes regiões.

Tabela 16 - Número médio de Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais portugueses por 100.000 habitantes em 2018 (NUT I e II)

	Auxiliares de Saúde (1)	Habitantes (2)	AS/100.000 habitantes
PORTUGAL	28.133	10.276.617	273,76
Continente	25.911	9.779.826	264,94
Norte	8.452	3.572.583	236,58
Centro	3.966	2.216.569	178,93
AML	10.634	2.846.332	373,60
Alentejo	1.680	705.478	238,14
Algarve	1.179	438.864	268,65
Regiões Autónomas			
RAA	1.118	242.846	460,37
RAM	1.104	253.945	434,74

Fontes: (1) Inquérito aos Hospitais, 2018 – base de dados disponibilizada pelo INE; (2) INE
- Estimativas anuais da população residente (www.ine.pt)

Quanto à relação entre o número de auxiliares e o de enfermeiros que, no mesmo período, prestavam cuidados na rede hospitalar (Tabela 17), é possível verificar que:

- O rácio auxiliar de saúde/enfermeiro na rede hospitalar era de 0,74;
- As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentavam um rácio de auxiliar por enfermeiro acima do valor médio nacional;
- No território continental, a Área Metropolitana de Lisboa e o Alentejo concentravam maior número de relativo de auxiliares, ao passo que nas regiões Norte, Centro e Algarve a razão entre auxiliares de saúde e enfermeiros era mais baixa.

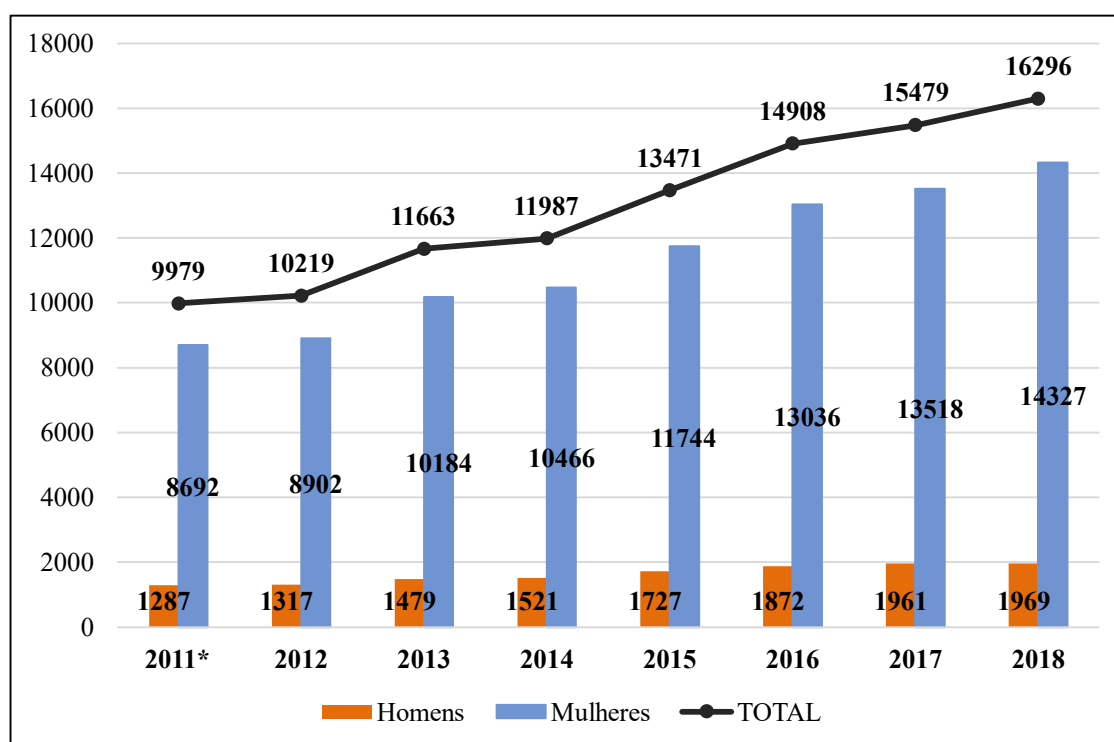
Tabela 17 - Rácio de Auxiliares de Saúde por Enfermeiro ao serviço dos hospitais portugueses em 2018 (NUT I e II)

	Auxiliares de Saúde	Enfermeiros	AS/ Enfermeiro
PORTUGAL	28.133	35.893	0,74
Continente	25911	35.580	0,73
Norte	8.452	12.128	0,70
Centro	3.966	5.637	0,70
AML	10.634	13.787	0,77
Alentejo	1.680	2.243	0,75
Algarve	1.179	1.785	0,66
Regiões Autónomas			
RAA	1.118	1.118	1,00
RAM	1.104	1.195	0,92

Fontes: (1) Inquérito aos Hospitais, 2018 – base de dados disponibilizada pelo INE

3.3.3.2 Auxiliares de saúde ao serviço de entidades dos setores privado e social

Pela análise de dados da atividade anualmente reportada pelas empresas ao ministério que tutela a área do trabalho, através do Relatório Único, em 2018 foi possível identificar a existência de 16.296 trabalhadores com funções de auxiliar de saúde⁵⁶ ao serviço de entidades privadas e do setor social⁵⁷. A Figura 21 ilustra a variação deste segmento da força de trabalho entre 2011 e 2018, permitindo observar o seu crescimento contínuo.



Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Relatório Único (2011-2018) – Base de dados cedidas pelo INE

Figura 21 - Evolução do número de Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas 2011-2018 (total e por sexo)

Da análise dos dados relativos à variação do contingente de auxiliares de saúde em termos de dimensão, sexo e nacionalidade ao longo do período em estudo (Tabela 18), constata-se que este grupo era maioritariamente constituído por mulheres, tendo-se assistido ao

⁵⁶ Foram considerados os trabalhadores classificados pela entidade empregadora como Auxiliar de Saúde (código 5321 do Catálogo Português das Profissões de 2010) e Auxiliar de Enfermagem (código 3221).

⁵⁷ Inclui dados relativos aos hospitais que pertencem ou são geridos por entidades privadas.

crescimento do seu peso relativo de 87,10% em 2011 para 87,92% em 2018. Observa-se ainda um crescimento da fração de trabalhadores estrangeiros, com as variações na dimensão deste subgrupo a acompanharem o ciclo económico que o país viveu ao longo deste período: uma redução no seu peso relativo entre 2011 e 2014, coincidente com a contração da economia, e um novo aumento a partir de 2015.

Tabela 18 - Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas por sexo e nacionalidade (Portugal 2011 -2018)

Auxiliares de Saúde	Total	Variação		Sexo				Nacionalidade			
ANO	N	n	%	H	%	M	%	PT	%	Outra	%
2011*	9.979			1.287	12,90%	8.692	87,10%	9.576	95,96%	403	4,04%
2012	10.219	240	2,41%	1.317	12,89%	8.902	87,11%	9.837	96,26%	382	3,74%
2013	11.663	1.444	14,13%	1.479	12,68%	10.184	87,32%	11.272	96,65%	391	3,35%
2014	11.987	324	2,78%	1.521	12,69%	10.466	87,31%	11.615	96,90%	372	3,10%
2015	13.471	1.484	12,38%	1.727	12,82%	11.744	87,18%	13.031	96,73%	440	3,27%
2016	14.908	1.437	10,67%	1.872	12,56%	13.036	87,44%	14.429	96,79%	479	3,21%
2017	15.479	571	3,83%	1.961	12,67%	13.518	87,33%	14.944	96,54%	535	3,46%
2018	16.296	817	5,28%	1.969	12,08%	14.327	87,92%	15.564	95,51%	732	4,49%

Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Relatório Único (2011-2018) – Base de dados cedidas pelo INE

Estrutura etária

A média etária dos auxiliares de saúde ao serviço do setor privado em 2018 era de 42,2 anos (desvio padrão de 11,4). Com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos, verifica-se que 56,70% destes trabalhadores tinha entre 35 e 54 anos e 16,01% mais de 55 anos (Tabela 19).

A análise da evolução da estrutura etária deste grupo entre 2011 e 2018 revela um aumento de contingente em todas as idades, sendo mais acentuado nos grupos etários com mais de 40 anos, o que determinou a elevação da idade média do contingente de 39,6 em 2011 para 42,2 em 2018.

Apesar deste processo de envelhecimento, constata-se o início de uma trajetória de crescimento, ainda que ténue, do peso relativo de trabalhadores com menos de 20 anos a partir de 2014 e dos trabalhadores com menos de 25 anos a partir de 2015, fenómeno que, por coincidir no tempo, poderá estar relacionado com a entrada no mercado de trabalho

Resultados e discussão

dos primeiros TAS formados nos cursos orientados para jovens que decorreram nas escolas secundárias e profissionais e nos centros de formação do IEFP.

Tabela 19 - Distribuição por escalões etários e média de idades dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)

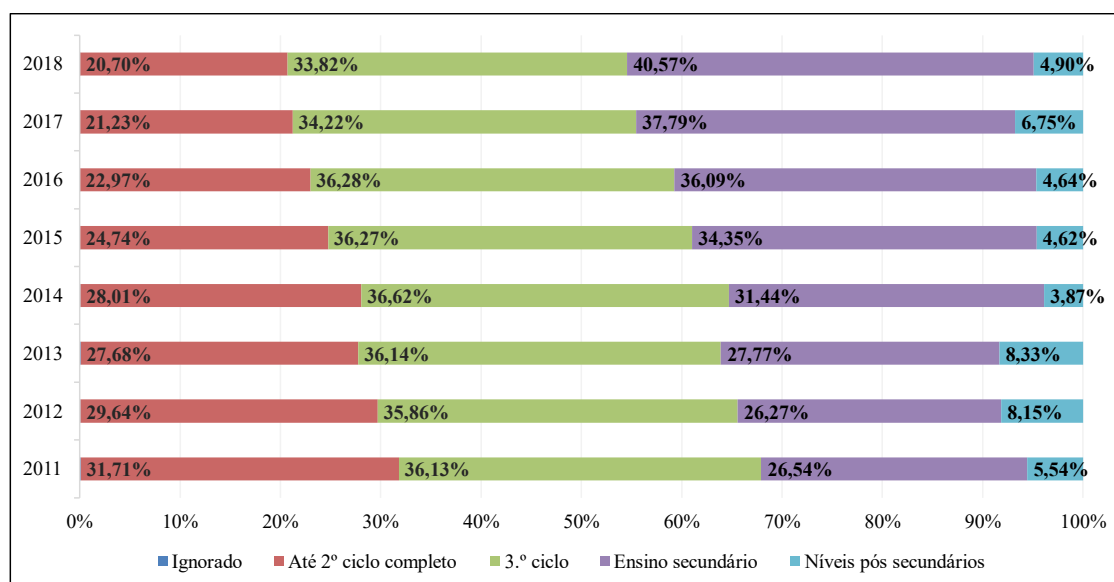
Ano	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escalão Etário																
<20	34	0,34%	27	0,26%	20	0,17%	41	0,34%	60	0,45%	117	0,78%	118	0,76%	138	0,85%
20-24	673	6,74%	608	5,95%	586	5,02%	587	4,90%	706	5,24%	870	5,84%	967	6,25%	1.043	6,40%
25-29	1.251	12,54%	1.189	11,64%	1.331	11,41%	1.300	10,85%	1.362	10,11%	1.455	9,76%	1.533	9,90%	1.475	9,05%
30-34	1.607	16,10%	1.545	15,12%	1.797	15,41%	1.683	14,04%	1.776	13,18%	1.826	12,25%	1.796	11,60%	1.755	10,77%
35-39	1.516	15,19%	1.583	15,49%	1.840	15,78%	1.814	15,13%	2.053	15,24%	2.250	15,09%	2.191	14,15%	2.185	13,41%
40-44	1.481	14,84%	1.482	14,50%	1.692	14,51%	1.818	15,17%	2.050	15,22%	2.255	15,13%	2.334	15,08%	2.449	15,03%
45-49	1.428	14,31%	1.550	15,17%	1.763	15,12%	1.791	14,94%	2.031	15,08%	2.164	14,52%	2.183	14,10%	2.372	14,56%
50-54	1.067	10,69%	1.218	11,92%	1.416	12,14%	1.498	12,50%	1.675	12,43%	1.968	13,20%	2.089	13,50%	2.233	13,70%
55-59	601	6,02%	697	6,82%	829	7,11%	969	8,08%	1.173	8,71%	1.331	8,93%	1.463	9,45%	1.679	10,30%
60-64	273	2,74%	279	2,73%	349	2,99%	418	3,49%	498	3,70%	555	3,72%	654	4,23%	794	4,87%
65+	23	0,23%	24	0,23%	29	0,25%	57	0,48%	73	0,54%	84	0,56%	119	0,77%	137	0,84%
SEM DADOS	25	0,25%	17	0,17%	11	0,09%	11	0,09%	14	0,10%	33	0,22%	32	0,21%	36	0,22%
TOTAL	9.979	100%	10.219	100%	11.663	100%	11.987	100%	13.471	100%	14.908	100%	15.479	100%	16.296	100%
Média etária	39,6		40,3		40,6		41,2		41,4		41,5		41,7		42,2	
Desvio Padrão	10,5		10,5		10,4		10,6		10,7		10,9		11,2		11,4	
Máximo	18		18		18		18		18		18		18		18	
Mínimo	67		67		67		67		67		67		67		67	

Legenda: *Quebra de série de dados**Fontes:** Relatório Único (2011-2018) – Base de dados cedidas pelo INE

Escolaridade

Em 2018, 40,57% dos auxiliares de saúde do setor privado tinha como habilitação literária o ensino secundário completo, enquanto 33,82% havia completado o 3º ciclo. Verificou-se ainda que 20,70% deste contingente tinha uma escolaridade igual ou inferior a 6 anos (2º ciclo do ensino básico ou menos) e que apenas 4,90% dos auxiliares de saúde completara um grau de escolaridade pós-secundário ou de nível superior (Tabela 20).

Ao longo do período em análise, verifica-se um crescimento da fração de trabalhadores que completaram o ensino secundário (de 26,54% em 2011 para 40,57% em 2018), a par da ligeira redução da percentagem daqueles que apenas completaram o 3º ciclo (de 36,13% para 33,82%) e uma queda mais acentuada (31,71% para 20,70%) no conjunto dos que concluíram até 6 anos de escolaridade (Figura 22).



Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Relatório Único (2011-2018) – Base de dados cedidas pelo INE

Figura 22 - Nível de escolaridade completo dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)

Tabela 20 - Nível de escolaridade completo dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)

Ano	2011*		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de escolaridade completo	46	0,46%	35	0,34%	46	0,39%	32	0,27%	35	0,26%	35	0,23%	28	0,18%	24	0,15%
Inferior ao 1.º ciclo do ensino básico	1.415	14,18%	1.347	13,18%	1.374	11,78%	1.440	12,01%	1.433	10,64%	1.428	9,58%	1.383	8,93%	1.401	8,60%
1.º ciclo do ensino básico (4 anos)	1.703	17,07%	1.647	16,12%	1.808	15,50%	1.885	15,73%	1.864	13,84%	1.962	13,16%	1.874	12,11%	1.947	11,95%
2.º ciclo do ensino básico (6 anos)	3.605	36,13%	3.665	35,86%	4.215	36,14%	4.390	36,62%	4.886	36,27%	5.409	36,28%	5.297	34,22%	5.511	33,82%
3.º ciclo do ensino básico (9 anos)	2.648	26,54%	2.685	26,27%	3.239	27,77%	3.769	31,44%	4.627	34,35%	5.381	36,09%	5.850	37,79%	6.611	40,57%
Ensino secundário (12 anos)																
Ensino pós-secundário não superior nível IV	27	0,27%	30	0,29%	29	0,25%	32	0,27%	41	0,30%	42	0,28%	56	0,36%	79	0,48%
Curso técnico superior profissional	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,02%	3	0,02%
Bacharelato	38	0,38%	28	0,27%	43	0,37%	38	0,32%	44	0,33%	52	0,35%	58	0,37%	62	0,38%
Licenciatura	483	4,84%	764	7,48%	887	7,61%	379	3,16%	521	3,87%	576	3,86%	905	5,85%	624	3,83%
Mestrado	4	0,04%	10	0,10%	13	0,11%	15	0,13%	17	0,13%	21	0,14%	23	0,15%	31	0,19%
Doutoramento	1	0,01%	1	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%	0	0,00%
Ignorado	9	0,09%	7	0,07%	9	0,08%	7	0,06%	3	0,02%	2	0,01%	1	0,01%	3	0,02%
TOTAL	9.979	100%	10.219	100%	11.663	100%	11.987	100%	13.471	100%	14.908	100%	15.479	100%	16.296	100%

Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Relatório Único (2011-2018) – Base de dados cedidas pelo INE

Embora não seja possível determinar ao certo as razões desta mudança gradual, ela não será alheia à passagem da escolaridade obrigatória para 12 anos, operada em 2010, bem como ao facto de, ao longo neste período, se ter verificado um incremento dos cursos de dupla certificação destinados a jovens, nomeadamente o de TAS⁵⁸, como estratégia de combate ao abandono escolar e à inserção no mercado de trabalho, bem como de cursos EFA de dupla certificação dirigidos à população adulta desempregada (16,128).

Horário de Trabalho e remuneração

Em 2018 os auxiliares de saúde do setor privado com horário completo trabalhavam, em média, 38,57h semanais, verificando-se que, no período de 2011 a 2018, a média de horas de trabalho semanal andou sempre em torno das 39h (Tabela 21).

Tabela 21 - Remuneração média e período de trabalho semanal dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas (2011-2018)

Ano		2011*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Remuneração e horas de trabalho		Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
Remuneração	Remuneração base paga (euros)	524,74	525,35	522,62	526,57	521,04	526,17	539,64	549,90
	Remuneração auferida(euros)	654,55	659,67	647,43	657,18	646,67	647,78	668,15	691,08
	Remuneração suplementar (euros)	8,37	4,66	3,26	3,44	3,95	6,13	6,46	8,90
	Prestações regulares (euros)	121,32	129,41	121,31	126,79	121,16	115,22	121,92	131,99
	Prestações irregulares (euros)	30,39	23,04	33,11	49,50	40,12	41,20	37,09	36,99
Horas de Trabalho	Período normal de trabalho semanal (horas)	39,09	39,09	39,16	39,29	39,19	39,13	39,21	38,57

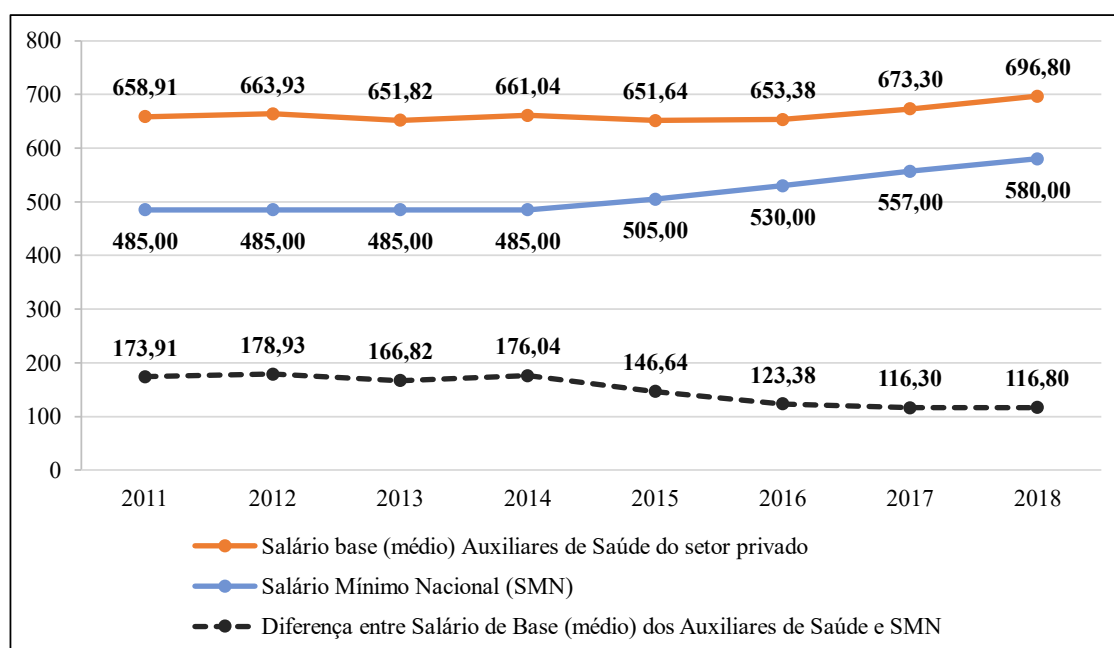
Legenda: *Quebra de série de dados

Fontes: Relatório Único (2011-2018) – Base de dados cedidas pelo INE

⁵⁸ Os dados disponíveis não permitem determinar quantos destes auxiliares eram detentores de certificação profissional adequada às funções desempenhadas, nomeadamente a que resulta da conclusão de cursos de dupla certificação ou de certificação profissional (caso já possuíssem habilitação escolar) de TAS ou outro com perfil similar.

Quanto ao rendimento, em 2018 a remuneração mensal de base dos auxiliares de saúde do setor privado tinha um valor médio de 696,80€, que correspondiam a um rendimento médio líquido de 553,98€.

Ao longo deste período a remuneração média de base esteve sempre acima do valor legalmente estabelecido para o Salário Mínimo Nacional⁵⁹, verificando-se, no entanto, uma convergência para este valor, mais marcada a partir de 2014 (Figura 23)



Fontes: Relatório Único (2011-2018) – Base de dados cedidas pelo INE; Dados do Salário Mínimo Nacional entre 2011 e 2018: www.pordata.pt

Figura 23 - Comparação da evolução do salário mínimo nacional e do salário base (médio) dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas entre 2011 e 2018

Distribuição geográfica e por tipo de empresa

A maioria dos AS ao serviço no setor privado em 2018 estava ligada a empresas ou instituições com atividade económica principal relacionada com a saúde humana (69,93%), onde se incluem hospitais, ou que prestam serviços de apoio social com alojamento (20,32%). Os restantes estavam ligados a entidades de apoio social sem

⁵⁹ Dados do Salário Mínimo Nacional entre 2011 e 2018 <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5824186> consultado em 20/10/2021.

Resultados e discussão

alojamento (4,56%) e a empresas com outra atividade económica principal (5,19%) (Tabela 22).

Tabela 22 - Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas em 2018

NUT I	Auxiliares de Saúde no setor privado, 2018					
Código da Atividade Económica (CAE) principal da empresa	Total	%	Homens	%	Mulheres	%
Portugal	16.296	100,00%	1.969	12,08%	14.327	87,92%
Saúde Humana (CAE 86)	11.396	69,93%	1.541	13,52%	9.855	86,48%
Apoio social com alojamento (CAE 87)	3.312	20,32%	196	5,92%	3.116	94,08%
Apoio social sem alojamento (CAE 88)	743	4,56%	86	11,57%	657	88,43%
Outras atividades económicas (Outros CAE)	845	5,19%	146	17,28%	699	82,72%
Continente	15.905	97,60%	1.906	11,98%	13.999	88,02%
Saúde Humana (CAE 86)	11.116	68,21%	1.490	13,40%	9.626	86,60%
Apoio social com alojamento (CAE 87)	3.254	19,97%	187	5,75%	3.067	94,25%
Apoio social sem alojamento (CAE 88)	719	4,41%	86	11,96%	633	88,04%
Outras atividades económicas (Outros CAE)	816	5,01%	143	17,52%	673	82,48%
Região Autónoma dos Açores	273	1,68%	87	31,87%	186	68,13%
Saúde Humana (CAE 86)	195	1,20%	47	24,10%	148	75,90%
Apoio social com alojamento (CAE 87)	46	0,28%	38	82,61%	8	17,39%
Apoio social sem alojamento (CAE 88)	22	0,14%	0	0,00%	22	100,00%
Outras atividades económicas (Outros CAE)	10	0,06%	2	20,00%	8	80,00%
Região Autónoma da Madeira	118	0,72%	6	5,08%	112	94,92%
Saúde Humana (CAE 86)	85	0,52%	4	4,71%	81	95,29%
Apoio social com alojamento (CAE 87)	12	0,07%	1	8,33%	11	91,67%
Apoio social sem alojamento (CAE 88)	2	0,01%	0	0,00%	2	100,00%
Outras atividades económicas (Outros CAE)	19	0,12%	1	5,26%	18	94,74%

Fontes: Relatório Único (2018) – Base de dados cedida pelo INE

Nota:

CAE 86 - estabelecimentos de saúde com internamento e aqueles onde apenas são prestados serviços em ambulatório, bem como entidades cuja atividade esteja relacionada com diferentes tipos de ato médico, desde o diagnóstico ao tratamento, e com atos praticados por outros profissionais de saúde e pessoal paramédico legalmente reconhecidos.

CAE 87 - estabelecimentos de cuidados continuados integrados, instituições destinadas ao acompanhamento e cuidado de pessoas com doença do foro psiquiátrico ou com deficiência, bem como o acompanhamento e cuidado de crianças, jovens e idosos.

CAE 88 - entidades que prestam apoio social sem alojamento, garantindo acompanhamento de crianças, jovens e idosos, bem como de pessoas com patologia psiquiátrica e deficiência, em atividades do dia.

Outros CAE - entidades com atividade em áreas relacionados com a saúde (empresas de prestação de serviços, veterinária, produção de equipamentos de saúde ou fármacos) ou ligadas a outros setores do tecido produtivo (como por exemplo agricultura, indústria extrativa).

Sendo a natureza da atividade económica das empresas privadas que declaram auxiliares de saúde ao seu serviço bastante diversificada⁶⁰, não é possível determinar se todos os trabalhadores referenciados nesta categoria estão corretamente classificados e desempenham funções correspondentes às do perfil profissional de auxiliar de saúde inscrito no Catálogo Nacional de Qualificações.

Relativamente à distribuição dos AS do setor privado por regiões (NUT II), verifica-se que a grande maioria exercia atividade em empresas situadas na Área Metropolitana de Lisboa, seguindo-se as empresas das regiões Norte e Centro (Tabela 23). A análise à distribuição destes trabalhadores em função da população também mostra uma maior densidade na região de Lisboa, a única que se situa acima da média nacional de 158,57 auxiliares de saúde por 100 mil habitantes. Note-se que esta tendência de distribuição geográfica na região de Lisboa acompanha a que já se verificou na rede hospitalar.

Tabela 23 - Distribuição dos Auxiliares de Saúde ao serviço de entidades privadas em 2018 (por NUT II e por 100.000 habitantes)

NUT II	Auxiliares de Saúde ⁽¹⁾	%	Habitantes ⁽²⁾	AS/100.000 Habitantes
Portugal	16.296	100,00%	10.276.617	158,57
Continente	15.905	97,60%	9.779.826	162,63
Norte	4.139	25,40%	3.572.583	115,85
Centro	2.128	13,06%	2.216.569	96,00
Área Metropolitana de Lisboa	8.310	50,99%	2.846.332	291,95
Alentejo	1.042	6,39%	705.478	147,70
Algarve	286	1,76%	438.864	65,17
Regiões Autónomas				
RAA	273	1,68%	242.846	112,42
RAM	118	0,72%	253.945	46,47

Fontes: (1) Relatório Único (2018) – Base de dados cedida pelo INE; (2) INE - Estimativas anuais da população residente (www.ine.pt)

⁶⁰ Incluindo, entre outras, entidades que garantem acompanhamento de crianças em contextos de não internamento ou desenvolvem atividades ligadas à veterinária, à indústria farmacêutica ou à produção de equipamentos de saúde, bem como empresas com atividade relacionada com outras áreas da indústria e agricultura.

3.3.3.3 Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais portugueses e de outras entidades dos setores privado e social

Em 2018 existiam 37.341 trabalhadores a exercer funções de auxiliar de saúde em Portugal, distribuídos entre hospitais públicos e entidades dos setores privado e social (onde se incluem hospitais privados, do setor social e em regime de PPP). Tratava-se de um grupo onde predominavam as mulheres (81,29% do total) e que tinha no setor público o seu maior empregador: 56,36% do total de auxiliares de saúde identificados estava ligado a hospitais com gestão pública (Tabela 24).

Tabela 24 - Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais públicos e de entidades privadas em Portugal em 2018

Ano: 2018	Auxiliares de Saúde					
Sector Tipologia da entidade empregadora	TOTAL		M	%	F	%
Público	21.045	56,36%	5.017	23,84%	16.028	76,16%
Hospitais do SNS (sem PPP, contabilizados no setor privado) (1)	18.726	88,98%	4.315	23,04%	14.411	76,96%
Hospitais de acesso restrito (Hospitais militares e prisionais) (1)	349	1,66%	109	31,23%	240	68,77%
Hospitais da Região Autónoma dos Açores (1)	949	4,51%	266	28,03%	683	71,97%
Hospitais da Região Autónoma da Madeira (1)	1.021	4,85%	327	32,03%	694	67,97%
Centros de Saúde e outras instituições não hospitalares que garantam prestação de cuidados	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Privado e Social	16.296	43,64%	1.969	12,08%	14.327	87,92%
Unidades de Saúde (CAE 86) (2)	11.396	68,67%	1.541	13,52%	9.855	86,48%
Unidades dos Serviços Sociais com alojamento (CAE 87) (2)	3.312	19,96%	196	5,92%	3.116	94,08%
Unidades dos Serviços Sociais -sem alojamento (CAE 88) (2)	743	4,48%	86	11,57%	657	88,43%
Atividades noutras áreas (outros CAE) (2)	845	5,09%	146	17,28%	699	82,72%
TOTAL	37.341	100%	6.986	18,71%	30.355	81,29%

Legenda:

(-) sem dados

CAE – Código de Atividade Económica

Fontes: (1) Inquérito aos hospitais (2018): Trabalhadores classificados como Auxiliar de Enfermagem (variável 4600) e Assistente Operacional/Auxiliar de Ação Médica (variável 4659); (2) Relatório Único (2018): Trabalhadores classificados como Auxiliar de Enfermagem (variável 3221) e Auxiliar de Saúde (variável 5321) Bases de dados cedidas pelo INE

É de salientar que este valor constitui a aproximação possível à real dimensão deste grupo ocupacional em Portugal, uma vez que os dados disponíveis, além dos problemas de classificação dos auxiliares de saúde ao serviço das entidades privadas, descritos no ponto anterior, e de não contemplarem os trabalhadores em regime de prestação de serviço ou de duplo emprego, também não incluem os auxiliares de saúde que, no setor público, atuam em contextos extra-hospitalares.

A Tabela 25 apresenta uma distribuição em termos absolutos destes trabalhadores pelo território (NUT II), observando-se uma maior concentração na Área Metropolitana de Lisboa, seguida das regiões Norte e Centro. Note-se que a AML é a única região do país onde o contingente de AS ao serviço de instituições privadas ultrapassa, em dimensão, o número daqueles que exerce funções em hospitais com gestão pública.

Tabela 25 - Distribuição dos Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais com gestão pública e de outras entidades privadas em 2018 pelo território (NUT II)

Auxiliares de Saúde em Portugal *	TOTAL		Hospitais com gestão pública (1)		Entidades privadas (2)	
	Total	%	Total	%	Total	%
Portugal	37.341	100%	21.045	56,36%	16.296	43,64%
Continente	34.980	93,68%	19.075	54,53%	15.905	45,47%
Norte	10.289	27,55%	6.150	59,77%	4.139	40,23%
Centro	5.376	14,40%	3.248	60,42%	2.128	39,58%
Área Metropolitana de Lisboa	15.455	41,39%	7.145	46,23%	8.310	53,77%
Alentejo	2.601	6,97%	1.559	59,94%	1.042	40,06%
Algarve	1.259	3,37%	973	77,28%	286	22,72%
Regiões Autónomas						
Região Autónoma dos Açores	1.222	3,27%	949	77,66%	273	22,34%
Região Autónoma da Madeira	1.139	3,05%	1.021	89,64%	118	10,36%

Legenda: * Não inclui Centros de Saúde e Outras Unidades extra Hospitalares do setor público

Fontes: (1) Inquérito aos Hospitais (2018) - Base de dados cedida pelo INE (2) Relatório Único (2018) – Base de dados cedida pelo INE

A análise da densidade de auxiliares de saúde em relação à população residente e ao número de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros confirma uma desigualdade na distribuição que os números absolutos já evidenciam (Tabela 26).

Resultados e discussão

Em 2018 existiam em Portugal 363,36 auxiliares de saúde por cada 100 mil habitantes, valor médio que era ultrapassado na AML (542,98 AS por 100 mil habitantes), no Alentejo (368,69) e nas Regiões Autónomas dos Açores (503,20) e da Madeira (448,52). Em sentido contrário, a Região Centro era aquela que apresentava menor número de auxiliares por 100 mil habitantes (242,54), seguida do Algarve e da região Norte.

No contexto dos recursos humanos da saúde, nesse ano contatava-se a existência de 0,51 auxiliar para cada enfermeiro em Portugal, um valor só é ultrapassado na AML (0,76) na região do Alentejo (0,55) e na Região Autónoma dos Açores (0,58), sendo a região Centro aquela onde se registava um menor rácio de AS por enfermeiro (0,34).

Tabela 26 - Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais públicos e de entidades privadas em Portugal em 2018: Distribuição geográfica (NUT II), razão por 100.000 habitantes e por enfermeiro

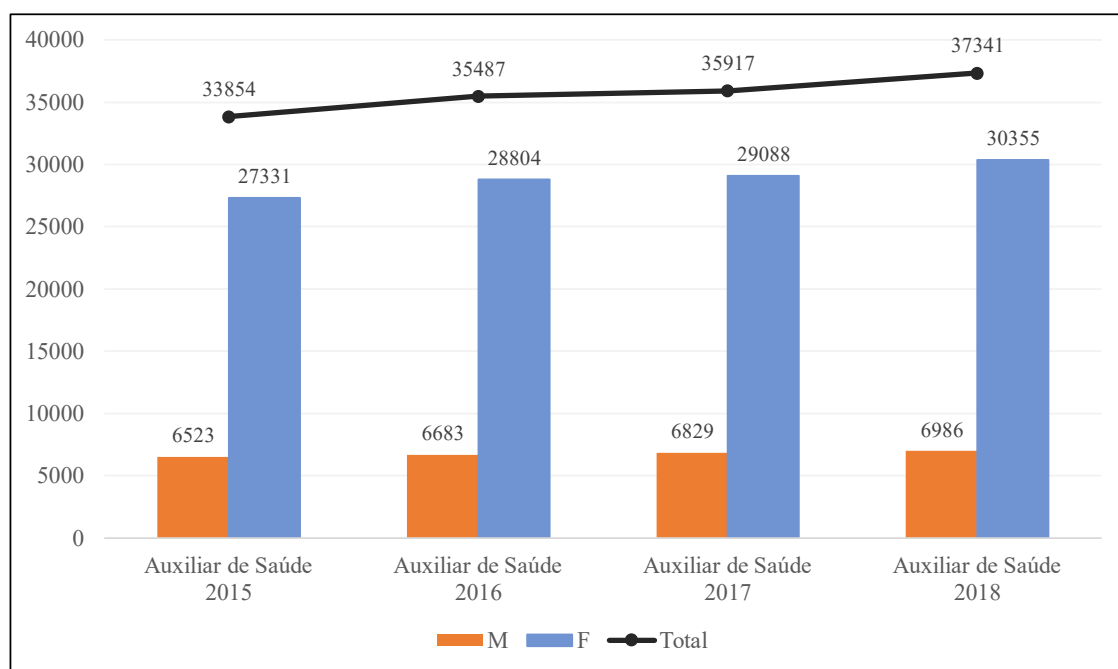
	Auxiliares de Saúde * (1,2)	Habitantes (3)	AS/100.000 Habitantes	Enfermeiros inscritos na Ordem (4)	Auxiliar/ Enfermeiro
Portugal	37.341	10.276.617	363,36	73.650	0,51
Continente	34.980	9.779.826	357,68	69.264	0,51
Norte	10.289	3.572.583	288,00	25.518	0,40
Centro	5.376	2.216.569	242,54	16.044	0,34
Área Metropolitana de Lisboa	15.455	2.846.332	542,98	20.205	0,76
Alentejo	2.601	705.478	368,69	4.708	0,55
Algarve	1.259	438.864	286,88	2.709	0,46
Regiões Autónomas					
Região Autónoma dos Açores	1.222	242.846	503,20	2.114	0,58
Região Autónoma da Madeira	1.139	253.945	448,52	2.272	0,50

Legenda: * Não inclui Centros de Saúde e Outras Unidades extra-hospitalares do setor público

Fontes: (1) Relatório Único (2018) – Base de dados cedida pelo INE (2) Inquérito aos Hospitais (2018) -Base de dados cedida pelo INE (3) INE - Estimativas anuais da população residente (www.ine.pt) (4) Estatísticas da Saúde 2018 (INE, 2019)

Evolução do contingente de Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais e de outras entidades privadas entre 2015 e 2018

A análise dos dados relativos ao período 2015-2018⁶¹ mostra um crescimento do número total de auxiliares de saúde (Figura 24) e do peso relativo das mulheres neste grupo ocupacional (de 80,73% para 81,25%), bem como uma redução da fração de trabalhadores ligada aos hospitais com gestão pública, que passou de 60,21% em 2015 para 56,49% em 2018 (Tabela 27).



Fontes: (1) Relatório Único (2015-2018); (2) Inquérito aos Hospitais (2015-2018) - Bases de dados cedida pelo INE

Figura 24 - Evolução do contingente de Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais e de outras entidades privadas entre 2015 e 2018 (total e por sexo)

⁶¹ As mudanças na estrutura de variáveis do inquérito aos hospitais adotadas em 2015 passaram a permitir desagregar as unidades do SNS em hospitais do Setor Público Administrativo e hospitais em Parceria Público-Privada (PPP), condição essencial para diferenciar estas unidades e evitar duplicação na contabilização dos recursos humanos, uma vez que estes também estão incluídos na base de dados das entidades privadas.

Tabela 27 - Evolução do contingente de Auxiliares de Saúde ao serviço dos hospitais e de outras entidades privadas entre 2015 e 2018 (total, por sexo e por tipo de entidade)

Setor Instituições	Ano	2015						2016						2017						2018					
		AS (total)		M		F		AS (total)		M		F		AS (total)		M		F		AS (total)		M		F	
		n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Público		20.383	60,2	4.796	23,5	15.587	76,5	20.579	58,0	4.811	23,4	15.768	76,6	20.438	56,9	4.868	23,8	15.570	76,2	21.045	56,4	5.017	23,8	16.028	76,2
	Hospitais SNS (sem PPP) (1)	18.181	89,2	4.144	22,8	14.037	77,2	18.444	89,6	4.192	22,7	14.252	77,3	18.298	89,6	4.250	23,2	14.048	76,8	18.726	89,0	4.315	23,0	14.411	77,0
	Hospitais de acesso restrito (militar e prisional) (1)	307	1,5	104	33,9	203	66,1	303	1,5	103	34,0	200	66,0	312	1,5	105	33,7	207	66,3	349	1,7	109	31,2	240	68,8
Hospitais da Região Autónoma dos Açores (1)		958	4,7	258	26,9	700	73,1	956	4,6	256	26,8	700	73,2	970	4,7	256	26,4	714	73,6	949	4,5	266	28,0	683	72,0
	Hospitais da Região Autónoma da Madeira (1)	937	4,6	290	30,9	647	69,1	876	4,3	260	29,7	616	70,3	858	4,2	257	30,0	601	70,0	1.021	4,9	327	32,0	694	68,0
	Centros de Saúde e outras instituições não hospitalares de prestação de cuidados	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Privado e Social		13.471	39,8	17.27	12,8	11.744	87,2	14.908	42,0	1.872	12,6	13.036	87,4	15.479	43,1	1.961	12,7	13.518	87,3	16.296	43,6	1.969	12,1	14.327	87,9
	Unidades de Saúde (CAE 86) (2)	9.464	70,3	1.310	13,8	8.154	86,2	10.512	70,5	1.427	13,6	9.085	86,4	10.810	69,8	1.511	14,0	9.299	86,0	11.396	68,7	1.541	13,5	9.855	86,5
	Unidades dos Serviços Sociais com alojamento (CAE 87) (2)	2.749	20,4	209	7,6	2.540	92,4	3.024	20,3	230	7,6	2.794	92,4	3.144	20,3	219	7,0	2.925	93,0	3.312	20,0	196	5,9	3.116	94,1
Unidades dos Serviços Sociais sem alojamento (CAE 88) (2)		674	5,0	91	13,5	583	86,5	715	4,8	87	12,2	628	87,8	818	5,3	92	11,2	726	88,8	743	4,5	86	11,6	657	88,4
	Atividades noutras áreas (outros CAE) (2)	584	4,3	117	20,0	467	80,0	657	4,4	128	19,5	529	80,5	707	4,6	139	19,7	568	80,3	845	5,1	146	17,3	699	82,7
	TOTAL	33.854	100	6.523	19,3	27.331	80,7	35.487	100	6.683	18,8	28.804	81,2	35.917	100	6.829	19,0	29.088	81,0	37.341	100	6.986	18,7	30.355	81,3

Legenda:

(-) sem dados

CAE – Código de Atividade Económica

3.3.3.4 Auxiliares de Saúde no setor público

Ao longo da nossa investigação não foi possível aceder a dados que permitissem uma descrição dos auxiliares de saúde que atuam nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde do setor público. Além dos elementos referentes aos hospitais acima analisados, só foi possível identificar fontes relativas à força de trabalho do SNS.

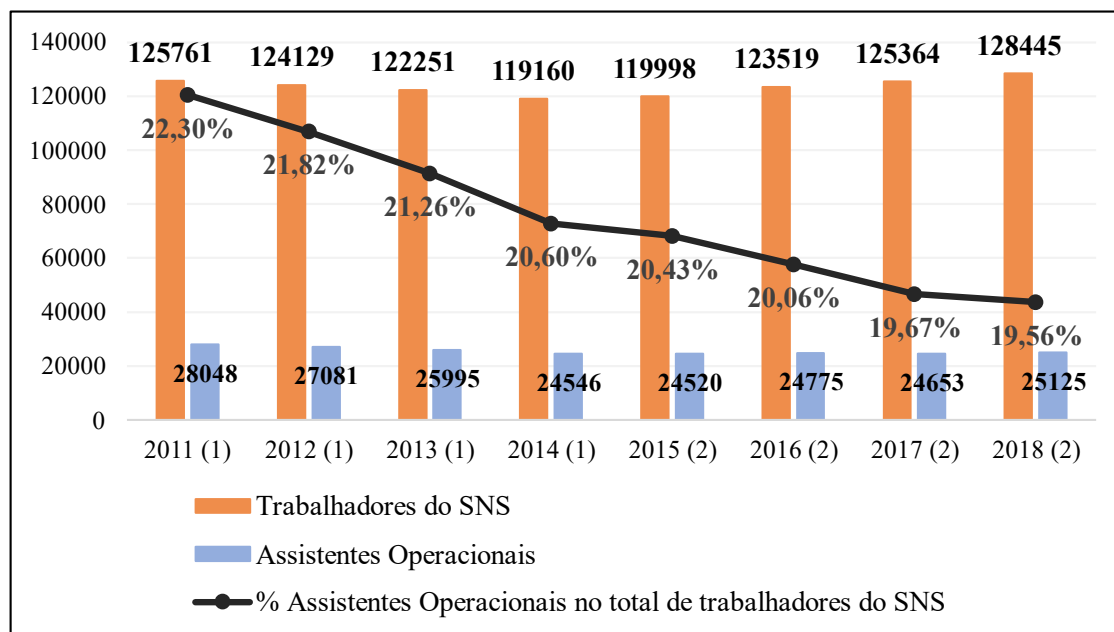
Na impossibilidade de desenhar um retrato claro dos auxiliares de saúde ao serviço de instituições do setor público em 2018 e uma perspetiva da evolução deste contingente, optou-se por uma aproximação que contextualiza a sua situação no SNS, através de uma descrição breve do contingente de AO (em que os AS se inserem), bem como da caracterização dos AO que, no final de 2014, desempenhavam funções de AAM⁶².

3.3.3.4.1 Assistentes Operacionais no SNS em 2018

De acordo com os dados do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (91), no final de 2018 existiam 25.125 Assistentes Operacionais no SNS⁶³. Tratando-se de uma categoria de apoio ao funcionamento dos serviços, que inclui, entre outras, as tarefas de auxílio à prestação de cuidados de saúde, este contingente correspondia a cerca de 1/5 da força de trabalho, proporção que, embora com ligeiras variações, se vinha mantendo desde 2011 (Figura 25).

⁶² Até 2014 o Ministério da Saúde disponibilizou, no seu Relatório Social anual, dados relativos aos Assistentes Operacionais que desempenhavam as funções antes atribuídas aos Auxiliares de Ação Médica.

⁶³ Dados relativos ao pessoal das Entidades Públicas Empresarias (EPE) e do Setor Público Administrativo (SPA) da saúde, não contemplam pessoal dos 4 hospitais do SNS geridos em regime de Parceria Público-Privada (Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira).



Fontes: (1) Balanço Social do Ministério da Saúde e do SNS 2011 – 2014. Não inclui dados de pessoal de duas entidades geridas em regime de PPP: Hospitais de Cascais e de Loures (inaugurado em 2012). (2) Relatório Social do Ministério da Saúde de 2018. Não inclui dados dos trabalhadores de quatro entidades geridas em regime de PPP: Hospitais de Cascais, Loures, Braga e Vila Franca de Xira

Figura 25 - Evolução do número de assistentes operacionais e de trabalhadores do SNS entre 2011 e 2018

Com uma média etária de 48 anos, este grupo de trabalhadores era maioritariamente composto por mulheres. Em termos de habilitações académicas, 36,16% dos AO tinham até seis anos de escolaridade, 34,68% havia concluído os nove anos correspondentes ao terceiro ciclo de ensino básico e 26,75% o ensino secundário, desconhecendo-se quantos eram detentores de uma qualificação profissional adequada às funções desempenhadas (91). Embora não seja possível determinar quantos dos AO ao serviço no SNS em 2018 desempenhavam as funções em tempos atribuídas aos AAM, é comumente aceite que parte significativa dava apoio direto a enfermeiros na prestação de cuidados de saúde (11,13). Os dados mais recentes remontam a 2014, ano em que 70,90% dos AO desempenhava funções de auxiliar de saúde e a razão de auxiliar por enfermeiro era de 0,46 (Tabela 28).

Tabela 28 - Contexto dos Auxiliares de Ação Médica na força de trabalho do SNS (2011-2018)

	Ano	2011 (1)		2012 (1)		2013 (1)		2014 (1)		2015 (2)	2016 (2)	2017 (2)	2018 (2)
Auxiliar de Ação Médica (AAM)	TOTAL	18.567	100%	19.802	100%	18.075	100%	17.404	100%	-	-	-	-
	M	3.236	17,40%	3.560	18,00%	3.258	18,00%	3.040	17,50%	-	-	-	-
	F	15.331	82,60%	16.242	82,00%	14.817	82,00%	14.364	82,50%	-	-	-	-
Nacionalidade	PT	-	-	19.512	98,50%	17.802	98,50%	17.156	98,60%	-	-	-	-
	Outra	-	-	290	1,50%	273	1,50%	248	1,40%	-	-	-	-
Assistente Operacional (AO)	TOTAL	28.048		27.081		25.995		24.546		24.520	24.775	24.653	25.125
Com função de AAM	%	66,20%		73,12%		69,53%		70,90%		-	-	-	-
Enfermeiro	TOTAL	39.940		39.940		39.940		39.940		38.678	40.367	41.457	42.709
AAM/Enfermeiro		0,46		0,50		0,47		0,46		-	-	-	-
Trabalhadores do SNS	TOTAL	125.761		124.129		122.251		119.160		119.998	123.519	125.364	128.445
Com função de AO	%	22,30%		21,82%		21,26%		20,60%		20,43%	20,06%	19,67%	19,56%
Com função de AAM	%	14,76%		15,95%		14,79%		14,61%		-	-	-	-

3.3.3.4.2 Auxiliares de Ação Médica ao serviço do SNS em 2014

No final de 2014 existiam 17.404 AO com funções de AAM, grupo que correspondia a 14,61% do total de trabalhadores ao serviço do SNS⁶⁴ (Tabela 28). Entre 2011 e 2014 assistiu-se a uma diminuição do número total de AAM (-1.163 efetivos). Ainda assim, o peso relativo dos AAM entre os AO cresceu de 66,20% para 70,90%, em resultado de uma redução mais pronunciada do número de AO com outras funções (-2.335).

Em termos etários, este período foi marcado pela redução da fração de trabalhadores com idade entre 18 e 34 anos, pelo crescimento do peso relativo da generalidade dos grupos etários acima dos 35 anos⁶⁵ e pelo crescimento em termos absolutos do grupo de trabalhadores com mais de 50 anos. Tais mudanças apontam para a subida da média etária e para a não renovação geracional do contingente de auxiliares de saúde do SNS, tendo surgido num contexto de contenção de despesa pública que, certamente, também contribuirá para a sua compreensão (Tabela 29).

Tabela 29 - Evolução da estrutura etária dos Auxiliares de Ação Médica entre 2011 e 2014

Ano	2011		2012		2013		2014	
Escalão Etário	n	%	n	%	n	%	n	%
<20	16	0,09%	6	0,03%	1	0,01%	9	0,05%
20-24	438	2,36%	385	1,94%	251	1,39%	205	1,18%
25-29	1.116	6,01%	1.085	5,48%	898	4,97%	823	4,73%
30-34	1.905	10,26%	1.896	9,57%	1.636	9,05%	1.476	8,48%
35-39	2.376	12,80%	2.529	12,77%	2.269	12,55%	2.261	12,99%
40-44	2.541	13,69%	2.761	13,94%	2.478	13,71%	2.422	13,92%
45-49	3.267	17,60%	3.432	17,33%	3.110	17,21%	2.951	16,96%
50-54	3.358	18,09%	3.644	18,40%	3.403	18,83%	3.349	19,24%
55-59	2.534	13,65%	2.847	14,38%	2.833	15,67%	2.635	15,14%
60-64	905	4,87%	1.114	5,63%	1.108	6,13%	1.129	6,49%
65+	111	0,60%	103	0,52%	88	0,49%	144	0,83%
TOTAL	18.567		19.802		18.075		17.404	

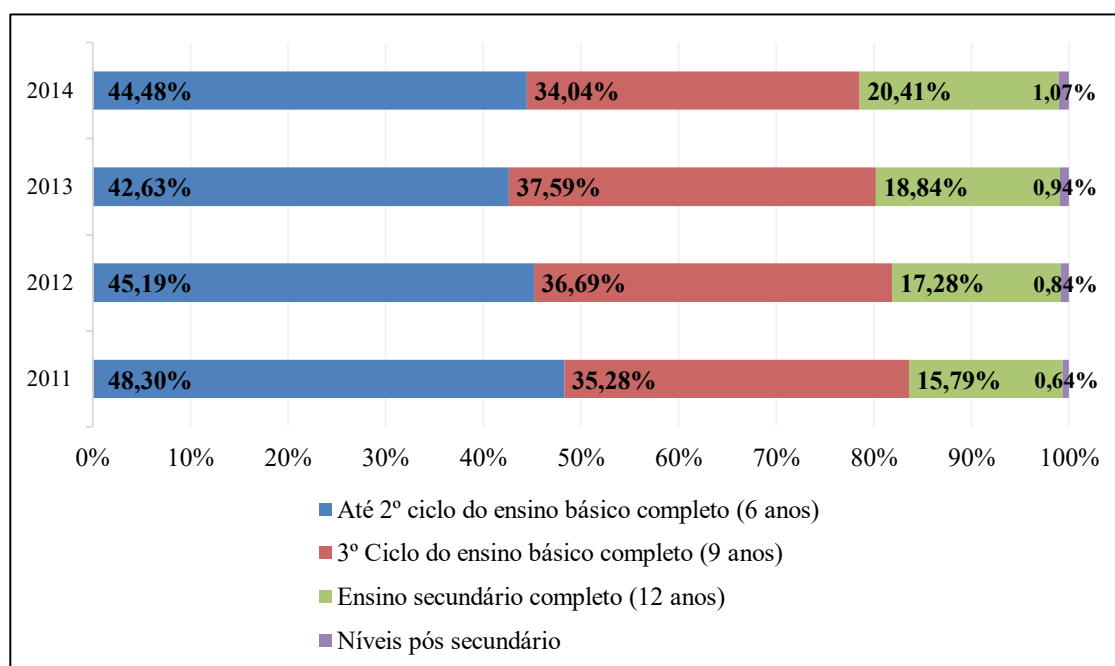
Fontes: Balanço Social do Ministério da Saúde e do SNS (2011 – 2014). Não inclui dados de pessoal 2 entidades geridas em regime de PPP: Hospitais de Cascais e de Loures (inaugurado em 2012)

⁶⁴ Dados não incluem trabalhadores de dois dos quatro Hospitais PPP então existentes (Cascais e Loures).

⁶⁵ Com exceção dos trabalhadores com idade compreendida entre 45 e 49 anos, que têm uma redução de 17,60% para 16,96%.

Nível de escolaridade

Em 2014 um pouco menos de metade dos AAM (44,48%) tinha completado 6 ou menos anos de escolaridade, 34,04% havia completado o 3º ciclo do ensino básico e 21,48% possuía habilitações de nível igual ou superior ao ensino secundário. Em relação a 2011, verifica-se uma redução tanto do efetivo com seis ou menos anos de escolaridade como do dos que haviam concluído o 3º ciclo, a par do crescimento do número de AAM com ensino secundário e níveis pós-secundários completos. A Figura 26 ilustra esta variação do nível de escolaridade, podendo esta ser observada com mais pormenor na Tabela 30.



Fontes: Balanço Social do Ministério da Saúde e do SNS 2011- 2014. Não inclui dados referentes aos Hospitais PPP de Cascais e Loures (inaugurado em 2012)

Figura 26 - Evolução dos níveis de escolaridade dos Auxiliares de Saúde ao serviço do SNS entre 2011 e 2014

Embora os dados disponíveis não permitam uma análise mais aprofundada, admite-se que a variação na escolaridade dos AAM possa estar relacionada com a saída por aposentação de trabalhadores menos escolarizados, sendo também de considerar o aumento do nível de escolaridade dos trabalhadores no ativo, em resultado da INO⁶⁶ e da conclusão de

⁶⁶ Relativamente ao reforço do nível de escolaridade dos auxiliares de saúde do SNS, em 2012, o INA constata que “devido à realização de processos de RVCC escolar promovidos pelas unidades de saúde em parceria com Centros de Novas Oportunidades, muitos dos profissionais inseridos nesta Variável já

percursos formativos de nível superior ou, em menor escala, a admissão de trabalhadores com mais habilitações.

Tabela 30 - Evolução dos níveis de escolaridade dos Auxiliares de Saúde ao serviço do SNS entre 2011 e 2014

Ano Nível de escolaridade completo	2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inferior ao 1.º ciclo do ensino básico	100	0,54%	105	0,53%	92	0,51%	104	0,60%
1.º ciclo do ensino básico (4 anos)	4.248	22,88%	4.270	21,56%	3.534	19,55%	2.919	16,77%
2.º ciclo do ensino básico (6 anos)	4.620	24,88%	4.573	23,09%	4.079	22,57%	4.719	27,11%
3.º ciclo do ensino básico (9 anos)	6.550	35,28%	7.266	36,69%	6.795	37,59%	5.924	34,04%
Ensino secundário (12 anos)	2.931	15,79%	3.421	17,28%	3.405	18,84%	3.552	20,41%
Ensino pós-secundário não superior nível IV	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Curso técnico superior profissional	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Bacharelato	18	0,10%	24	0,12%	21	0,12%	18	0,10%
Licenciatura	98	0,53%	142	0,72%	148	0,82%	163	0,94%
Mestrado	2	0,01%	1	0,01%	1	0,01%	5	0,03%
Doutoramento	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ignorado	0		0		0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	18.567		19.802		18.075		17.404	

Fontes: Balanço Social do Ministério da Saúde e do SNS 2011- 2014. Não inclui dados referentes aos Hospitais PPP de Cascais e Loures (inaugurado em 2012)

3.4 Técnico Auxiliar de Saúde: Conteúdos da qualificação

Na primeira secção deste subcapítulo é apresentada uma descrição da qualificação adotada em 2010, elaborada com base na grelha para análise da atividade e formação dos auxiliares de saúde em diferentes países da Europa utilizada por Braeseke e colegas no âmbito do projeto “Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators” (8).

Na segunda secção é feita uma comparação do enquadramento da atividade e formação dos auxiliares de saúde em Portugal estabelecido com a adoção da qualificação TAS com as recomendações para reforço dos padrões educacionais e de atuação deste segmento da

viram as suas habilitações aumentarem do ensino básico para o ensino secundário” (156). Embora os dados desse estudo sejam anteriores a 2011 e, como tal, relativos ao período imediatamente anterior ao que aqui se analisa, é de supor que a continuação da INO até 2013 e a sua posterior substituição por uma nova estratégia de qualificação (16) tenham concorrido para a melhoria geral da qualificação agora verificada.

força de trabalho na União Europeia, formuladas por especialistas no âmbito do mesmo projeto e integradas no seu relatório final.

3.4.1 Descrição da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde

A Qualificação de TAS é composta por um perfil profissional, contendo a descrição e competências requeridos para desenvolvimento da atividade por parte dos trabalhadores que integram este grupo ocupacional, definindo o âmbito da sua atuação e um quadro de responsabilidades que marca a fronteira com as áreas de intervenção e competências de outros profissionais, bem como por um referencial de formação que define as vias para acesso à qualificação e os requisitos que orientam a criação e desenvolvimento de oferta formativa nas suas diferentes modalidades (16,127).

A qualificação compreende ainda um referencial para orientar os processos de RVCC de trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho. Apesar de previsto desde 2010, este referencial só foi disponibilizado em 2020.

3.4.1.1 Perfil Profissional

Os Técnicos Auxiliares de Saúde são definidos como trabalhadores que prestam auxílio na prestação de cuidados de saúde aos utentes e num conjunto de atividades relacionadas com o apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde, sob orientação de profissionais de saúde mais qualificados, nomeadamente enfermeiros. Desenvolvem uma atividade supervisionada, integrados em equipas multidisciplinares, não existindo mecanismos formais para enquadrar uma atuação autónoma ou para que lhes sejam delegadas responsabilidades e intervenções que, por via da lei, são exclusivas de outras profissões reguladas (127,217).

3.4.1.2 Atividade

O quadro funcional do TAS estrutura a sua atuação em cinco áreas distintas: (i) auxiliar na prestação de cuidados aos utentes; (ii) auxiliar nos cuidados *post-mortem*; (iii) assegurar a limpeza, higienização e transporte de roupas, espaços, materiais e equipamentos; (iv) assegurar atividades de apoio ao funcionamento das diferentes unidades e serviços de saúde; (v) auxiliar na recolha e transporte de amostras biológicas. Cada uma destas áreas integra um conjunto de intervenções, num total de 19 (Tabela 31),

tendo sido definidas as competências que os auxiliares devem desenvolver e aprofundar para que a sua implementação seja segura para profissionais e utentes (127).

Contextos de atuação

O carácter generalista conferido aos TAS por este perfil profissional situa a sua atuação em vários contextos de prestação de cuidados, tais como hospitais, clínicas e outras unidades do setor da saúde, bem como em unidades de cuidados continuados e instituições de acolhimento de pessoas dependentes, saudáveis ou doentes, na comunidade, mais ligadas aos serviços de ação social. Podem ainda integrar-se em equipas de cuidados domiciliários.

Embora o apoio direto ou orientação dos cuidadores informais não seja uma competência dos TAS, a sua formação de base inclui temas fundamentais para a compreensão do papel desempenhado por quem, de forma continuada e não profissional, presta cuidados e faz o acompanhamento das atividades de vida diária de pessoas dependentes, conferindo-lhes capacidade de identificar e o dever de reportar à equipa de saúde sinais ou evidência de situações relacionadas com a saúde ou contexto social dos utentes que careçam de análise e, eventualmente, intervenção especializada.

Como já foi observado na secção 3.2.1, referente ao percurso dos auxiliares de saúde em Portugal ao longo das últimas décadas, a existência desta qualificação ainda não se traduziu na criação de categorias próprias em todas as carreiras dos trabalhadores da saúde nem de uma designação e um quadro de funções comuns aos auxiliares de saúde que, sob diversas designações e integrados em carreiras genéricas, atuam em instituições dos sectores público, privado e social.

Tabela 31 - Intervenções inscritas no Quadro Funcional do Técnico Auxiliar de Saúde

Auxiliar na prestação de cuidados aos utentes
1- Ajudar o utente nas necessidades de eliminação e nos cuidados de higiene e conforto de acordo com orientações do enfermeiro;
2- Auxiliar o enfermeiro na prestação de cuidados de eliminação, nos cuidados de higiene e conforto ao utente e na realização de tratamentos a feridas e úlceras;
3- Auxiliar o enfermeiro na prestação de cuidados ao utente que vai fazer, ou fez, uma intervenção cirúrgica;
4- Auxiliar nas tarefas de alimentação e hidratação do utente, nomeadamente na preparação de refeições ligeiras ou suplementos alimentares e no acompanhamento durante as refeições;
5- Executar tarefas que exijam uma intervenção imediata e simultânea ao alerta do profissional de saúde;
6- Auxiliar na transferência, posicionamento e transporte do utente, que necessita de ajuda total ou parcial, de acordo com orientações do profissional de saúde.
Auxiliar nos cuidados <i>post-mortem</i>
7- Auxiliar nos cuidados <i>post-mortem</i> , de acordo com orientações do profissional de saúde.
Assegurar a limpeza, higienização e transporte de roupas, espaços, materiais e equipamentos
8- Assegurar a recolha, transporte, triagem e acondicionamento de roupa da unidade do utente, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
9- Efetuar a limpeza e higienização das instalações/ superfícies da unidade do utente, e de outros espaços específicos, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
10- Efetuar a lavagem e desinfeção de material hoteleiro, material clínico e material de apoio clínico em local próprio, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
11- Assegurar o armazenamento e conservação adequada de material hoteleiro, material de apoio clínico e clínico de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
12- Efetuar a lavagem (manual e mecânica) e desinfeção química, em local apropriado, de equipamentos do serviço, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
13- Recolher, lavar e acondicionar os materiais e equipamentos utilizados na lavagem e desinfeção, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos, para posterior recolha de serviço interna ou externa;
14- Assegurar a recolha, triagem, transporte e acondicionamento de resíduos hospitalares, garantindo o manuseamento e transporte adequado dos mesmos de acordo com procedimentos definidos.
Assegurar atividades de apoio ao funcionamento das diferentes unidades e serviços de saúde
15- Efetuar a manutenção preventiva e reposição de material e equipamentos;
16- Efetuar o transporte de informação entre as diferentes unidades e serviços de prestação de cuidados de saúde;
17- Encaminhar os contactos telefónicos de acordo com normas e/ ou procedimentos definidos;
18- Encaminhar o utente, familiar e/ou cuidador, de acordo com normas e/ ou procedimentos definidos.
Auxiliar na recolha e transporte de amostras biológicas
19- Auxiliar o profissional de saúde na recolha de amostras biológicas e transporte para o serviço adequado, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos.

Fontes: Catálogo Nacional de Qualificações. Adaptado de <https://catalogo.anqep.gov.pt/qualificacoesDetalhe/1804>

Competências

Para garantir o melhor desempenho das funções que lhes são atribuídas, foi definido um conjunto de competências que os TAS devem adquirir e desenvolver durante a formação e ao longo da vida de trabalho, divididas em conhecimentos teóricos (que cobrem 19 áreas temáticas) e teórico práticos (58)⁶⁷, aptidões (26)⁶⁸ e atitudes (18)⁶⁹. Além de estabelecerem um patamar de qualidade e segurança nas atividades de apoio à prestação de cuidados, estas competências assentam numa conceção não estática das funções e do papel dos auxiliares de saúde, procurando fomentar uma perspetiva de melhoria contínua e aprendizagem ao longo da vida, bem como a necessidade de adaptação a novas realidades e a mudanças na atividade profissional em virtude da evolução do conhecimento, da tecnologia e da técnica⁷⁰.

Regulação da atividade

A integração do TAS no Catálogo Nacional de Qualificações permitiu regulamentar a formação dos auxiliares de saúde mas não foi acompanhada de medidas para regular a sua atividade, nomeadamente a criação de uma licença profissional obrigatória para exercício profissional ou de um cadastro atualizado do contingente de auxiliares⁷¹, não tendo sido definido um organismo próprio, estatal ou associativo, que, além de mediar o acesso à atividade e a qualidade da prestação, assume as funções de reconhecimento e desenvolvimento da formação ou de tutela da ação disciplinar no quadro de um código ético e deontológico próprios.

Embora o perfil profissional sirva de referência para as instituições, a atividade dos auxiliares de saúde continua a ser de livre acesso, não tendo sido tomadas medidas para impulsionar a contratação preferencial de TAS nem a obrigatoriedade de alterar quadros de pessoal para integrar esta figura profissional e o seu quadro de competências.

⁶⁷ Correspondem a aprendizagens de domínio cognitivo, relacionadas com o pensamento lógico e com operações intelectuais.

⁶⁸ Aprendizagens de domínio psico-motor, envolvendo aplicação prática de técnicas e resolução de problemas que requerem destreza motora ou a coordenação de movimentos altamente especializados.

⁶⁹ Aprendizagens de domínio social e afetivo, relacionadas com sentimentos, atitudes, comportamentos, bem como com a capacidade de adaptação a mudanças.

⁷⁰ <https://catalogo.angep.gov.pt/qualificacoesDetalhe/1804>.

⁷¹ Não se tratando de uma atividade de registo obrigatório, os Auxiliares de Saúde não figuram entre os trabalhadores inscritos no Inventário Nacional de Profissionais de Saúde mantido pelo Ministério da Saúde e Ordens profissionais (4,5).

3.4.1.3 Formação

A criação da qualificação permitiu estabelecer uma oferta formativa para este segmento da força de trabalho integrada no Sistema Nacional de Qualificações e, como tal, alinhada com os princípios do Quadro Europeu de Qualificações, garantindo condições de reconhecimento e equivalência do certificado de TAS noutros países, essencial à sua mobilidade no mercado único europeu (16).

Além da formação inicial, definida como “a atividade de educação e formação certificada que visa a aquisição de saberes, competências e capacidades indispensáveis para poder iniciar o exercício qualificado de uma ou mais atividades profissionais” (16), a qualificação serve de quadro de referência para ações de formação de curta duração e para os processos de RVCC de auxiliares já inseridos no mercado de trabalho.

Estrutura e oferta formativa

Destinada a jovens e adultos, a formação inicial tem lugar em escolas com ensino secundário ou em escolas profissionais tuteladas pelo Ministério da Educação, bem como em entidades formadoras associadas ao IEF⁷². A seleção de professores e formadores segue as regras gerais dos sistemas educativo e de formação profissional, sendo-lhes exigidas competências académicas, pedagógicas e técnicas nas áreas a lecionar.

Tratando-se de uma certificação de nível 4 de qualificação⁷³, a sua obtenção requer conclusão da escolaridade obrigatória de 12 anos. Pode ser garantida pela frequência de cursos de dupla certificação (escolar e profissional) ou apenas de certificação profissional (para quem já concluiu percurso escolar) cuja duração, num regime de formação de tempo integral, pode prolongar-se de 1 a 3 anos. Além da formação presencial, a lei prevê que os cursos possam ser ministrados em regime de e-learning e b-learning.

A certificação profissional compreende uma carga horária de 1.175 horas de formação tecnológica, de carácter teórico e prático, bem como um conjunto de horas para Formação Profissional em Contexto de Trabalho (FPCT). De duração variável, de acordo com a modalidade de formação em que se insere, a FPCT decorre em instituições onde os

⁷² O curso foi disponibilizado em moldes similares pelos Serviços Regionais de Educação e Emprego das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores que, tal como os Serviços Regionais de Saúde, gozam de elevado grau de autonomia face ao governo do país.

⁷³ De acordo com a legislação em vigor à época da sua criação, inicialmente, a qualificação conferia o nível 3 de formação, passando a nível 4 de qualificação com a adoção do Quadro Europeu de Qualificações (16).

formandos, orientados por um responsável pedagógico de ligação com a entidade formadora e acompanhados em permanência por um tutor, possam desenvolver atividade relacionada com os conteúdos e objetivos de aprendizagens do curso (218).

Aos jovens em idade escolar é possível a frequência de cursos de dupla certificação na modalidade de *curso profissional*, disponível da rede escolar, ou de *curso de aprendizagem*, garantida por entidades formadoras associadas aos serviços de emprego e formação profissional. Para aceder a estes cursos os candidatos têm de ter concluído o 9º ano de escolaridade e até 20 anos de idade, no caso dos cursos da rede escolar, ou até 25 anos para os cursos de aprendizagem.

Nos cursos profissionais da rede escolar os jovens realizam 600 a 840 horas de FPCT, que correspondem a um total de 34% a 42% da carga horária destinada à certificação profissional dos cursos de dupla certificação (127). Nos cursos de aprendizagem associados aos serviços de emprego e formação profissional, os jovens frequentam um total de 1.500 horas de FPCT, correspondentes a 56% das horas de certificação profissional. Tratando-se de uma modalidade de ensino em alternância, existe possibilidade de alguns dos módulos da componente tecnológica serem adaptados e realizados durante estas horas (127).

Os adultos podem obter certificação profissional pela frequência de cursos de *Educação e Formação de Adultos* (EFA) de dupla certificação nas redes escolar e de centros de formação dos serviços de emprego, ou pela frequência de cursos EFA-PRO, para certificação profissional de candidatos que já tenham concluído a escolaridade obrigatória (15,219). Os cursos EFA contemplam 210 horas de FPCT, que correspondem a 15% da carga horária da certificação profissional. A FPCT só é obrigatória para os adultos que estejam a frequentar um curso de nível secundário de dupla certificação e não exerçam atividade correspondente à saída profissional do curso frequentado ou uma atividade profissional numa área afim (127).

A Tabela 32 resume as modalidades de formação disponíveis, fazendo referência às condições de acesso e a duração da formação inicial de TAS.

Tabela 32 - Modalidades de formação em que se processa a oferta do curso de Técnico Auxiliar de Saúde

Público Alvo	Modalidade de Formação		Condições de acesso	Duração do curso (regime tempo inteiro)	Formação Profissional em contexto de Trabalho (FPCT)
	Local de oferta	Tipo de curso			
Jovens	Rede Escolar	Profissional (dupla certificação)	- Idade: <20 anos - 9º ano completo	- 3 anos letivos	- 600 a 840 horas - 34% a 42% das horas destinadas a certificação profissional - Distribuída ao longo do curso
	Serviços de Emprego e Formação Profissional	Aprendizagem (dupla certificação)	- Idade: < 25 anos - 9º ano completo	- 3 anos, divididos em blocos de 9 meses intervalados por férias - Pode não coincidir com calendário letivo	- 1500 horas - 56% das horas destinadas a certificação profissional - Distribuída ao longo do curso - Algumas UFCD da componente tecnológica podem ser desenvolvidas na formação em contexto de trabalho
Adultos	Rede Escolar	Educação e Formação de Adultos (EFA)	- Idade: ≥ 18 anos - 9º ano completo (dupla certificação) - 12º ano completo (certificação profissional)	- Cursos de dupla certificação têm duração não inferior a 12 meses - Cursos de certificação profissional têm duração mínima de 40 semanas	- 210 horas - 15% das horas destinadas a certificação profissional - Decorre no final do curso - Experiência profissional na área de formação permite dispensa de frequência
	Serviços de Emprego e Formação Profissional				

Fontes: da Silva et al.; ANQ, Governo de Portugal (16,120,127,218,220)

Currículo

O currículo que orienta a formação para a obtenção de certificação profissional de TAS encontra-se vertido no *referencial de formação*, que inclui uma componente tecnológica e a FPCT (127).

A componente tecnológica é composta por 29 Unidades de Formação de Curta Duração (UFCD), módulos temáticos de 25h ou 50h, cuja frequência e avaliação positiva são obrigatórias para fins de certificação. Tratando-se de um perfil profissional de âmbito generalista, não existem UFCD orientadas para áreas de especialização, nem a possibilidade de frequência de módulos opcionais (15,16).

Para cada UFCD é definido um conjunto de objetivos e conteúdos programáticos que permitem estabelecer resultados de aprendizagem a avaliar. Todas as unidades compreendem abordagens teóricas e teórico-práticas, competindo às instituições de ensino e/ou formação e aos professores e formadores organizar esse trabalho, de acordo com quadro legal em vigor.

O carácter modular do referencial permite utilizar as UFCD em programas de formação e treino em contexto de trabalho, organizadas por entidades empregadoras em articulação com os serviços de emprego e formação profissional, bem como em ações de formação de curta duração e em programas de treino dirigidos a cuidadores informais. Tratando-se de unidades capitalizáveis, a conclusão de cada módulo garante emissão de um certificado parcial, que poderá ser utilizado para fins de equivalência em caso de frequência de um curso de longa duração para obtenção de uma qualificação profissional que integre os seus conteúdos, bem como para certificação de competências em processos de RVCC.

Embora o referencial não integre UFCD diretamente ligadas às tecnologias de informação e comunicação, a abordagem destes conteúdos é parte da formação escolar (cursos de dupla certificação), devendo a formação tecnológica integrar atividades que permitam a aquisição e aplicação de competências digitais (15,16).

Formas de avaliação preconizadas

A avaliação dos formandos é realizada de acordo com as regras estabelecidas para os cursos integrados no sistema de ensino ou para a formação realizada nas instituições que integram o sistema nacional de qualificações, compreendendo uma componente de

avaliação interna e outra de avaliação externa. A avaliação interna é composta por uma componente formativa, para acompanhamento de progresso, e uma componente sumativa, para aferição de conhecimentos e conclusão de etapas, devendo ser contínua, participada e baseada em diferentes técnicas e metodologias (221).

Nos cursos de jovens, a avaliação externa é feita através de uma prova final que marca o fim do percurso formativo e é avaliada por um júri externo (221).

A prova final dos cursos profissionais tem a designação de Prova de Aptidão Profissional (PAP). Consiste na apresentação e defesa perante um júri de um projeto consubstanciado num produto, material ou intelectual, numa intervenção ou numa atuação, bem como do respetivo relatório final de realização e apreciação crítica, demonstrativo das competências adquiridas ao longo do percurso formativo, com especial enfoque nas áreas de competências inscritas no Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória e no perfil profissional associado à qualificação (221).

Os formandos dos cursos de aprendizagem realizam uma Prova de Avaliação Final (PAF) perante um júri. Com uma duração estimada de 12 a 18 horas, a PAF é composta por um conjunto integrado de atividades práticas que permitem avaliar as competências adquiridas (222).

Para os cursos EFA não está prevista realização de prova final. A obtenção de certificação implica, além da conclusão das UFCD e da formação em contexto de trabalho, a construção, sob orientação da equipa formativa, de um *Portefólio Reflexivo de Aprendizagem*, que deverá refletir os percursos e as aprendizagens realizados de modo contextualizado, contendo uma análise retrospectiva do trabalho desenvolvido e uma visão prospetiva do seu impacto no futuro profissional do formando (223).

Certificação

Compete às entidades formadoras a emissão dos certificados de formação. Ao longo do percurso formativo, a informação relativa à avaliação dos formandos é introduzida no Sistema Integrado de Gestão da Oferta Formativa (SIGO), coordenado pela Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC). Além de emissão dos certificados de conclusão dos cursos, esta plataforma permite uma gestão integrada da rede de oferta educativa e formativa e dos percursos educativos e formativos de jovens e adultos, o que inclui a homologação e certificação de ações de formação de curta duração realizadas em

diferentes contextos ou a emissão de certificados parciais relativos a determinada qualificação profissional, instrumentos centrais para os processos de RVCC⁷⁴.

Os trabalhadores que tenham obtido certificação de auxiliar de saúde num país estrangeiro podem requerer reconhecimento da qualificação, competindo à ANQEP analisar o processo e determinar as condições em que esta se pode verificar.

Oportunidades de acesso, desenvolvimento e progressão profissional

O alinhamento do Catálogo Nacional de Qualificações com os princípios do Quadro Europeu de Qualificações implica a possibilidade de continuação e aperfeiçoamento da formação profissional através de mecanismos que garantam a permeabilidade dos formandos no sistema de ensino e formação. Esta permeabilidade pode ser vertical, através da possibilidade de prossecução de estudos e de acesso a níveis de formação especializada ou de ensino mais avançado, ou horizontal, através da existência de mecanismos de certificação de reconhecimento de competências adquiridas ao longo da vida em contextos informais e não formais e pela possibilidade de adaptar aprendizagens formalmente obtidas a percursos formativos similares (8,16,224,225).

Sobre a possibilidade de prosseguimento de estudos, verifica-se que a linha formativa associada a esta qualificação não tem continuidade, uma vez que não há formação tecnológica especializada ou de nível superior especificamente orientada para aperfeiçoamento e reforço de competências dos TAS. Tal facto não pode ser dissociado da inexistência de áreas de especialização para a formação e atividade dos auxiliares ou de uma perspetiva de desenvolvimento profissional.

No que respeita ao acesso ao ensino superior e universitário noutras áreas, a qualificação foi criada de modo a garantir aos formandos, jovens ou adultos, que concluem cursos de dupla certificação a possibilidade de concorrerem às vagas do concurso geral de acesso ao ensino superior em situação de igualdade com os candidatos oriundos de outras vias de ensino. Para além dessa possibilidade, desde 2020 que as instituições de ensino superior podem optar por fixar um número de vagas especiais para alunos oriundos dos cursos profissionais e de aprendizagem, criando um contingente especial de acesso que não invalida a opção de candidatura pelo contingente geral (16,226,227).

⁷⁴ <https://www.dgeec.mec.pt/np4/sigo>

A obtenção da qualificação TAS não garante outras condições especiais de entrada em cursos da área da saúde, nomeadamente na licenciatura de enfermagem, nem para acreditação das UFCD do referencial de formação profissional para fins de equivalência com as unidades curriculares destes cursos. No caso de auxiliares que se candidatem às vagas do concurso especial de acesso ao ensino superior para maiores de 23 anos, a experiência profissional e a titularidade do certificado de formação profissional podem ser tidas em conta para efeitos da avaliação curricular prevista no processo (226).

No que respeita à permeabilidade horizontal, e apesar da criação de mecanismos para reconhecimento, validação e certificação de competências adquiridas ao longo da vida ser um dos pilares da Iniciativa Novas Oportunidades, a qualificação de TAS foi aprovada sem um referencial que permitisse operacionalizar os processos de RVCC com vista à obtenção de certificação profissional (15,122). Só em 2020 é que esta falta viria a ser colmatada⁷⁵.

Com a inclusão do referencial RVCC no Catálogo Nacional de Qualificações passou a ser possível a um determinado candidato requerer, para fins de certificação de TAS, a análise das competências adquiridas por vias formais, informais e não formais ao longo da vida e do percurso profissional, desencadeando-se um processo de reconhecimento e validação destas competências, que poderá incluir frequência de formação tecnológica complementar e, em caso de necessidade, integrar um processo de RVCC escolar para conclusão do 12º ano (16).

Enquadrados pela ANQEP, os processos de RVCC integram-se nas iniciativas de qualificação da população adulta, ativa ou desempregada, podendo ser requeridos pelos candidatos individualmente ou resultar de parcerias com entidades empregadoras ou outras. São desenvolvidos em escolas, centros de formação profissional da rede do IEF, bem como em empresas e associações ou outras entidades com significativa expressão no território ou em determinado setor de atividade (228).

⁷⁵ A publicação do referencial veio a acontecer durante a nossa investigação, depois de concluída parte significativa da recolha de dados e já estando redigidos parte dos capítulos referentes ao percurso dos Auxiliares de Saúde em Portugal e da criação da qualificação. Considerando a relevância que a inexistência deste referencial RVCC representava em todo este processo, patente no discurso dos entrevistados, optou-se pela manutenção da análise realizada a esta questão, introduzindo ligeiras adaptações no texto.

3.4.2 A qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde à luz das recomendações de especialistas para formação e utilização de Auxiliares de Saúde na Europa

No relatório final do projeto “Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators” são formuladas recomendações para criar ou reforçar os programas de formação de Auxiliares de Saúde e para promover a sua melhor utilização no espaço europeu (8).

Divididas em oito categorias interligadas, estas recomendações apontam ao estabelecimento de perfis profissionais e de quadros de competências claros para os auxiliares de saúde, bem como à sua capacitação para prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade, de modo a garantir a segurança, proteção e satisfação dos utentes. São ainda delineadas orientações para procedimentos comuns no que respeita à sua formação e certificação, de modo a garantir condições para reconhecimento da qualificação noutros países e, desta forma, aumentar a sua mobilidade no mercado único europeu.

Os dados recolhidos ao longo da investigação permitiram constatar um alinhamento total ou quase total da qualificação de TAS com 29 das 37 recomendações e um alinhamento parcial com outras seis. Verificou-se ainda que duas das recomendações não têm tradução no contexto português (Tabela 33).

Estrutura de Educação e Formação dos Auxiliares de Saúde

Com o objetivo de reforçar a educação e treino deste segmento da força de trabalho, tornando-o apelativo e robusto, são formuladas oito recomendações relacionadas com a organização e estrutura da sua formação, que compreendem áreas como o enquadramento nos sistemas de educação e formação profissional de cada país, a duração dos cursos e sua organização, as condições em que são oferecidos, balanço entre teoria e prática e recurso a Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para consolidar o processo de aprendizagem (8).

De uma forma geral, verifica-se um alinhamento total ou quase total da qualificação de TAS com seis das oito recomendações, e um alinhamento parcial com as restantes duas, que dizem respeito ao tempo de formação prática ou em contexto de trabalho e à inclusão de módulos opcionais e áreas de especialização na estrutura dos cursos.

Apesar dos cursos de TAS incluírem uma forte componente prática, verifica-se que a orientação para que pelo menos 50% do tempo de aprendizagem corresponda a formação a realizar em contextos específicos de prestação de cuidados só é parcialmente cumprida, além de não existir uma definição pormenorizada da tipologia das instituições onde o ensino clínico pode decorrer, parte das modalidades de formação não atingem a percentagem de tempo preconizada para o trabalho prático.

No que respeita à proposta de inclusão de módulos opcionais e de áreas de especialização na estrutura dos cursos, verifica-se que estas opções não foram contempladas. Ainda assim, considerou-se que a qualificação vai parcialmente ao encontro da recomendação, uma vez que parte das temáticas opcionais sugeridas são abordadas nas UFCD do curso, nomeadamente primeiros socorros, cuidados à pessoa nas diferentes fases do ciclo vital e abordagem relativas a populações de risco. O mesmo não se verifica com áreas de especialização propostas (cuidados a crianças na escola, farmácia, odontologia), que correspondem a outras qualificações do QNQ.

Currículo

A qualidade da formação e educação dos auxiliares é fundamental para a segurança dos utentes, devendo garantir a sua efetiva capacitação para as atividades de apoio à prestação de cuidados. Como tal, os currículos dos cursos devem ser construídos com base em competências e assentar numa perspetiva de desenvolvimento profissional e de aprendizagem ao longo da vida que, além de assegurar qualidade técnica e relacional dos profissionais, deve permitir elevar os seus níveis de satisfação e motivação e reduzir a taxa de abandono da atividade (8).

Da análise aos conteúdos do referencial de formação de TAS e ao processo de construção da qualificação⁷⁶, verifica-se que em Portugal a formação está alinhada com as oito recomendações referentes à elaboração e ajuste dos currículos.

Formas de avaliação

Preconiza-se um processo de avaliação que acompanhe o percurso formativo e inclua múltiplos instrumentos. Deverá incidir em todas as áreas e conteúdos abordados no currículo, permitindo aos futuros auxiliares não só demonstrar e consolidar

⁷⁶ Este assunto é analisado com pormenor mais adiante neste capítulo de resultados.

conhecimentos e capacidades adquiridas, como alcançar uma maior compreensão das responsabilidades associadas à atividade que irão desempenhar. A definição de regras e instrumentos de avaliação claros e de aplicação geral é também apontada como uma forma de credibilização do processo de formação e de, por essa via, dar segurança e confiança sobre a qualidade da preparação dos auxiliares a empregadores, outros grupos profissionais com quem os AS operam e, sobretudo, aos utentes (8).

O Sistema Nacional de Qualificações estabelece um conjunto de regras para avaliação e certificação dos formandos que compreende avaliação contínua e final, bem como regras de progressão no percurso formativo, que se aplicam à formação de TAS e vão ao encontro das cinco recomendações inscritas nesta categoria.

Oportunidades de acesso, desenvolvimento e progressão profissional

O treino dos AS e a regulação da sua atividade deverá garantir o reconhecimento de competências adquiridas por meios formais, informais e não formais, bem como oportunidades de progressão e aperfeiçoamento profissional, de transição entre os sistemas de formação profissional e de ensino para continuação de estudos, nomeadamente facilidades de acesso e de equivalência de conteúdos na licenciatura de enfermagem, condições apontadas como essenciais para a retenção da força de trabalho, o reforço da sua capacitação e níveis de motivação, bem como da mobilidade na UE (8).

Das três recomendações inscritas nesta categoria, verifica-se alinhamento total com aquela que aponta a existência de mecanismos para RVCC para efeitos de obtenção da qualificação, existindo um alinhamento parcial nas outras duas. Uma vez obtida a qualificação de TAS, existe possibilidade de prosseguimento de estudo, mas não há oferta formativa de nível técnico ou superior destinada a especialização ou aperfeiçoamento profissional dos auxiliares, nem condições particulares de acesso à licenciatura de enfermagem ou, uma vez ingressados neste curso, de reconhecimento de aprendizagens adquiridas ao longo da formação de TAS e da vida profissional para fins de equivalência com os módulos da licenciatura.

Registo

A existência de um registo dos auxiliares como condição para acesso ao mercado de trabalho e exercício da atividade profissional, exclusivo para quem tenha concluído a formação e a que se associam mecanismos para garantir a formação contínua e progressão

profissional, é apontada como garantia de regulação da qualidade e segurança dos cuidados prestados, de elevados níveis de confiança e segurança de utentes e empregadores na capacidade desta força de trabalho, de maior conhecimento deste grupo, de planeamento e gestão dos RHS por parte das autoridades e de salvaguarda dos interesses deste grupo ocupacional, evitando que a sua atividade seja de livre acesso (8). Esta recomendação não tem tradução no contexto português, uma vez que não existem mecanismos para registo dos AS, nem obrigatoriedade de ser detentor de um certificado TAS para aceder ao mercado de trabalho.

Competências

A definição das competências associadas ao perfil profissional e ao quadro funcional dos AS traz clareza ao seu papel e atividade nos diferentes contextos de atuação, contribuindo para orientar a sua formação dentro de um quadro de referência que, estando alinhado com o Quadro Europeu de Qualificações, garante condições de reconhecimento da sua formação e maior possibilidade de mobilidade no espaço europeu (8). A qualificação de TAS cumpre as seis recomendações inscritas nesta categoria.

Relação entre Auxiliares de Saúde e Enfermeiros

Considerando que os auxiliares de saúde dão apoio a profissionais mais qualificados, a definição clara de campos de atuação e de regras para delegação de tarefas e acompanhamento da atividade é apontada como garante do respeito pelas fronteiras de atuação de cada grupo profissional e, dessa forma, qualidade e segurança dos cuidados prestados (8). Existe um alinhamento total ou quase total com as duas recomendações inscritas nesta categoria, verificando-se que, apesar de não existirem protocolos formais para delegação e supervisão da atividade dos TAS, estas decorrem do quadro de regulação dos profissionais que assumem a responsabilidade de delegar e fazer supervisão, nomeadamente dos enfermeiros.

Mobilidade na União Europeia e Estados Associados

A regulação da formação e da atividade dos AS nos diferentes países europeus tem níveis de exigência distintos e múltiplos requisitos, uma diversidade que condiciona os processos de reconhecimento de qualificações e títulos profissionais, bem como a mobilidade destes trabalhadores no mercado único. A definição de regras claras para reconhecimento de formação recebida em outros países e consequente acesso à atividade,

o estabelecimento, numa fase transitória, de acordos bilaterais para facilitar a mobilidade entre países e a adoção de um quadro de referência comum para a atividade e formação dos AS que vá ao encontro das diretivas europeias para a formação profissional e mobilidade surgem como possibilidades para reduzir estas dificuldades (8). Neste sentido são formuladas duas recomendações que, embora ainda não exista um quadro europeu de referência para atividade e formação dos AS, são parcialmente cumpridas em Portugal. A definição da qualificação e o quadro normativo em que decorre a formação foram concebidos de forma a garantir um alinhamento com o Quadro Europeu de Qualificações, que garante condições para reconhecimento da qualificação e, consequentemente, para a mobilidade.

Os TAS que pretendam trabalhar noutro país da União Europeia dispõem de um certificado de formação que pode ser facilmente reconhecido, tendo, no entanto, de se submeter às condições particulares do país onde pretendam vir desempenhar funções, nomeadamente no que respeita ao registo profissional, obtenção de licença para exercício de atividade e/ou outras exigências burocráticas. Aos auxiliares que tenham obtido formação noutro país é possibilitada a equivalência da qualificação, não sendo esta formalmente necessária para acesso ao mercado de trabalho.

Orientação e/ou apoio de cuidadores informais por Auxiliares de Saúde

Os cuidadores informais garantem parte significativa do apoio nas atividades de vida diária de pessoas dependentes na comunidade, nomeadamente a idosos e crianças, saudáveis ou doentes, ou pessoas portadoras de deficiência, representando um pilar de sustentabilidade presente e futura dos sistemas de saúde e de apoio social. À cooperação entre profissionais de saúde de todos os níveis de formação e os cuidadores informais deve, por isso, ser dada particular atenção, nomeadamente através do reforço da formação dos auxiliares de saúde sobre intervenção em cuidados domiciliários (8).

Considerando o perfil profissional e os requisitos para formação dos TAS, verifica-se que das duas recomendações inscritas nesta categoria, a que está relacionada com a aquisição de conhecimentos e competências que permitam ao TAS integrar equipas de cuidados domiciliário e lidar com cuidadores informais é cumprida na quase totalidade, ao passo que aquela que preconiza maior autonomia nesta atuação não tem tradução na realidade portuguesa.

Tabela 33 - Alinhamento da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde com as recomendações do projeto “Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators”

Recomendações	Qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde
Estrutura de Educação e Formação dos Auxiliares de Saúde	
1- Formação de AS deve ter início após conclusão da escolaridade obrigatória definida no país.	Alinhamento com a recomendação - Conclusão da escolaridade obrigatória é condição para obtenção de certificado.
2- Formação deve ser ministrada em escolas especializadas em formação profissional em saúde devidamente acreditadas/reconhecidas pelo Estado. Deve contemplar uma componente prática e ter uma duração de 2 a 3 anos de formação a tempo integral, correspondente ao nível 4 do Quadro Europeu de Qualificação.	Alinhamento quase total com a recomendação - Decorre em escolas ou centros de formação acreditados, não necessariamente especializadas em saúde. - De acordo com modalidade de formação, os cursos têm uma duração entre 1 a 3 anos (tempo integral) sem redução do número de horas de referência.
3- Educação e formação de AS deve ser composta por módulos teóricos, práticos e teórico-práticos.	Alinhamento com a recomendação - As Unidades de Formação de Curta Duração (UFCD) do referencial tecnológico compreendem abordagens teóricas, práticas e teórico-práticas.
4- Pelo menos 50% da aprendizagem deve corresponder a formação profissional em contexto de trabalho, podendo ocorrer em hospitais, centros de saúde, infantários, lares de idosos, serviços de apoio ao domicílio e unidades de atendimento a pessoas com deficiência intelectual e pessoas com problemas de saúde mental.	Alinhamento parcial com a recomendação - Só os cursos de aprendizagem para jovens, associados aos serviços de emprego e formação profissional, cumprem um mínimo de 50% da carga horária de formação em contexto de trabalho. - Tipologia das instituições onde decorre a formação em contexto de trabalho não está definida na lei, nem no referencial de formação.
5- A formação a tempo parcial ou dirigida a pessoas já ligadas à prestação de cuidados de saúde ou de assistência social, promovidos em colaboração com as entidades empregadoras, também deve ser possível. Neste caso, a duração do processo educativo será mais longa, dependendo da repartição do tempo entre trabalho e formação.	Alinhamento com a recomendação - Referencial de formação permite usar UFCD em ações de formação organizadas por entidades empregadoras. - Desde 2020 que existem condições para desenvolver processo de RVCC conjuntamente com entidades empregadoras.

6- Módulos/percursos/componentes opcionais podem integrar o currículo obrigatório ou ser reservados para formação adicional, nomeadamente com vista à especialização ou aquisição de competências em áreas específicas. Entre os programas opcionais podem constar os cuidados de emergência, cuidados em saúde infantil e juvenil e seu acompanhamento na escola, cuidados a adultos, na saúde oral e odontológico, a pessoas com deficiências, a idosos e a situações de reabilitação e abuso de drogas.	Alinhamento parcial com a recomendação - Formação inicial não contempla módulos opcionais. - Formação inicial contempla parte destes conteúdos, mas não estão definidas áreas de especialização para AS. - Acompanhamento de crianças na escola, apoio a atividades de saúde oral e de odontologia correspondem ao quadro funcional de outras Qualificações do Catálogo.
7- A conclusão com sucesso da formação de AS deve garantir a atribuição de um certificado ou licença reconhecida.	Alinhamento com a recomendação - É atribuído Certificado de Qualificação de TAS, que não equivale a licença. - Atividade dos AS é de livre acesso, não carece de licença.
8- O uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e a aprendizagem on-line devem ser uma parte importante do processo educativo dos AS. Todos os formandos devem ter a possibilidade de utilizar a aprendizagem on-line, de forma parcial ou adicional, complementando e/ou substituindo a aprendizagem presencial. Além disso, o recurso ao suporte eletrónico, por exemplo, para fins de planeamento e documentação, deve fazer parte do treino dos AS.	Alinhamento com a recomendação - Nos cursos de dupla certificação, a formação de base para atribuição de nível escolar inclui UFCD orientadas para a literacia digital. - No planeamento e desenvolvimento das UFCD do referencial tecnológico devem ser contempladas atividades que permitam adquirir ou desenvolver competências digitais. - Cursos podem ser ministrados em e-learning e b-learning.
Curriculo	
9- O quadro de referência em que o currículo é desenvolvido segue os requisitos legais do respetivo país. Além disso, tem em consideração boas práticas existentes e devidamente reconhecidas/avaliadas.	Alinhamento com a recomendação - Referencial de formação TAS está integrado no Catálogo Nacional de Qualificações e alinhado com quadro de referência europeu. - É desenvolvido nos sistemas escolar e de formação profissional.
10- O desenvolvimento do currículo é da responsabilidade de formadores com competências relevantes (enfermeiros, professores, etc.).	Alinhamento com a recomendação - Formadores e professores têm de possuir competências pedagógicas e habilitações académicas ou profissionais relevantes e comprovadas nas áreas em que desenvolvem formação.

11- Os conteúdos programáticos para formação teórica e prática centram-se na prestação de cuidados e garantem articulação entre teoria e prática.	Alinhamento com a recomendação - Referencial tecnológico é centrado no apoio à prestação de cuidados. - UFCD compreendem abordagens teóricas, práticas e teórico-práticas.
12- O currículo é baseado em conhecimentos aptidões e atitudes, promovendo a aquisição de competências específicas para uma gestão eficaz das diferentes situações que podem ocorrer em contexto profissional.	Alinhamento com a recomendação - A qualificação estabelece as competências teóricas, técnicas, sociais e relacionais adequadas à atuação dos TAS, fixando um quadro de referência para formação conducente à sua aquisição e desenvolvimento numa perspetiva teórica, teórico-prática e prática.
13- O currículo define os deveres e responsabilidades dos AS, estabelecendo uma demarcação clara das dos enfermeiros.	Alinhamento com a recomendação - O referencial de formação está alinhado com perfil profissional e quadro funcional definidos na qualificação.
14- O currículo define resultados de aprendizagem que podem ser avaliados. O quotidiano profissional dos AS, assim como a complexidade da sua atividade, está refletido no ensino e consolidação de competências cognitivas, afetivas e psicomotoras.	Alinhamento com a recomendação - Foi definido o quadro de competências cognitivas (conhecimentos teóricos e teórico práticos), psicomotoras (aptidões técnicas) e afetivas (atitudes sociais e relacionais) que o TAS deve adquirir e desenvolver. - Cada UFCD compreende objetivos e conteúdos programáticos que permitem estabelecer resultados de aprendizagem a avaliar.
15- O currículo integra um sistema de gestão contínua da qualidade, que estabelece critérios específicos de qualidade e medidas de avaliação.	Alinhamento com a recomendação - Há orientações nacionais relativas à avaliação dos formandos ao longo do percurso formativo. - Em 2015 foi implementado um novo sistema de gestão contínua da qualidade da educação e formação profissional em Portugal, alinhado com o Quadro de Referência Europeu de Garantia da Qualidade para o Ensino e a Formação Profissionais (EQAVET).
16- O currículo deverá garantir que é dada atenção às exigências atuais e futuras do trabalho dos AS.	Alinhamento com a recomendação As competências do TAS e objetivos programáticos assentam numa perspetiva de melhoria contínua e de aprendizagem ao longo da vida, contemplando a necessidade de adaptação a novas realidades e a mudanças na atividade decorrentes da evolução do conhecimento, da tecnologia e da técnica.

Formas de avaliação	
17- Deve existir um exame e/ou outras formas de avaliação da capacidade dos formandos para a prática como AS. Esta avaliação, a realizar no final da formação, deve basear-se em requisitos nacionais e estar alinhada com a estrutura de competências-chave para ensino e formação profissional definidas pela Comissão Europeia.	Alinhamento com a recomendação - Estão definidas orientações gerais para realização de uma prova final, cuja aplicação compete às escolas ou centros de formação. - Na Educação e Formação de Adultos a prova final corresponde à conclusão de um <i>Portefólio Reflexivo de Aprendizagem</i>, que parte do trabalho desenvolvido para uma análise prospetiva do percurso profissional.
18- O exame final deve compreender partes práticas e teóricas (oral e escrita).	Alinhamento com a recomendação - Provas finais compreendem componentes teóricas e práticas, com apresentação escrita e oral e demonstração perante júri.
19- Cada fase/etapa do processo de aprendizagem deve ser avaliada de forma contínua.	Alinhamento com a recomendação - Avaliação contínua é parte do processo de avaliação preconizado.
20- A progressão no percurso formativo deve depender da conclusão dos módulos previstos no currículo.	Alinhamento com a recomendação - Além da conclusão do percurso escolar, a obtenção de certificado de TAS requer avaliação final positiva em todas as UFCD do referencial de formação tecnológica.
21- Deve haver um procedimento de certificação.	Alinhamento com a recomendação - Procedimento de certificação está legalmente estabelecido.
Oportunidades de acesso, desenvolvimento e progressão profissional	
22- Antes de iniciar a formação de AS, devem ser considerados os conhecimentos formais e informais previamente adquiridos pelos candidatos, através de uma avaliação de competências que pode levar à redução/adaptação do percurso formativo.	Alinhamento com a recomendação - Estão definidos procedimentos para reconhecimento, validação e certificação de competências adquiridas ao longo da vida por via formal e informal.

23- Uma vez concluída, cada qualificação vale por si, de forma independente. No entanto, a formação de AS deve permitir a progressão para uma qualificação superior, através da aprendizagem ao longo da vida.	Alinhamento parcial com a recomendação - Não existe formação tecnológica especializada especificamente orientada para reforço e aperfeiçoamento de competências dos TAS. - Jovens e adultos que concluem ensino secundário através de cursos de dupla certificação podem candidatar-se ao Ensino Superior em condições de igualdade com outros candidatos. - Desde 2020 que instituições de ensino superior podem fixar um número de vagas para candidatos oriundos de cursos de dupla certificação.
24- A conclusão da formação de AS deve conduzir a uma qualificação reconhecida que pode facilitar posteriormente o acesso à educação e formação em enfermagem, desde que a diretiva Europeia 2013/55/UE (anterior 2005/36/UE) seja totalmente cumprida.	Alinhamento parcial com a recomendação - Formação e experiência profissional podem ser consideradas na avaliação curricular prevista no concurso especial de acesso ao ensino superior para maiores de 23 anos. - Candidatos que tenham concluído formação TAS não dispõem de outras condições especiais para prosseguimento de estudos, nomeadamente para acesso ao curso de enfermagem ou obtenção de equivalência de conteúdos.
Registo	
25- Recomenda-se o registo dos AS com recurso a entidades de autorregulação do grupo ocupacional ou a entidades públicas estatais. Este registo deve ser pensado em conjunto com a necessidade de formação contínua e aperfeiçoamento profissional sistemáticas.	Não há alinhamento com a recomendação - Não existem registo de auxiliares de saúde nem uma linha formativa que assente numa perspetiva de continuidade do seu desenvolvimento profissional.
Competências	
26- Ao perfil profissional dos AS devem ser associadas as competências específicas consideradas mais relevantes para a sua atividade, nomeadamente as competências para apoio a prestação de cuidados, as competências sociais e relacionais, as competências metodológicas e organizacionais e as competências pessoais.	Alinhamento com a recomendação - As competências inscritas na qualificação dividem-se em conhecimentos teóricos (que cobrem 19 áreas temáticas) e teórico práticos (58), aptidões (26) e atitudes (18).

27- O ensino e formação de AS devem assentar em competências e permitir que os futuros profissionais cumpram os requisitos estabelecidos para a atividade.	Alinhamento com a recomendação - Para garantir o melhor desempenho das atividades inscritas no quadro funcional, foi definido um conjunto de competências que os TAS devem adquirir e desenvolver ao longo da formação.
28- Os princípios de base do ensino e formação de AS devem ser desenvolvidos por professores, profissionais de saúde e empregadores.	Alinhamento com a recomendação - A qualificação foi desenvolvida por especialistas da área da saúde e de educação, num processo que envolveu representantes de auxiliares de saúde e entidades empregadoras.
29- As competências devem ser aferidas e avaliadas, devendo ser transferíveis e ser ajustadas aos resultados esperados para a atividade do AS em diferentes contextos.	Alinhamento com a recomendação - A estrutura e conteúdos da qualificação e as orientações para implementação da oferta formativa integram estes requisitos.
30- A formação de AS deverá corresponder a uma qualificação de nível 4, o que permitirá promover a mobilidade de trabalhadores e estudantes entre os países da Europa.	Alinhamento com a recomendação - Qualificação de TAS é de nível 4.
31- A capacidade de trabalhar com diferentes grupos ocupacionais deve ser um resultado obrigatório da formação.	Alinhamento com a recomendação - Perfil profissional situa a atuação do TAS no contexto de uma equipa alargada, decorrendo sob orientação de um profissional mais qualificado. Referencial de formação está alinhado com esta conceção.
32- A formação deve capacitar os AS para trabalhar em equipa de acordo com as tarefas que lhes são atribuídas e para atuar sob supervisão e orientação de um profissional mais qualificado.	Alinhamento com a recomendação - Perfil profissional situa a atuação do TAS no contexto de uma equipa alargada, decorrendo sob orientação de um profissional mais qualificado. Referencial de formação está alinhado com esta conceção.
33- Aos AS são delegadas tarefas que devem ser planeadas, supervisionadas e validadas por profissionais mais qualificados, nomeadamente enfermeiros. Em contextos formais de prestação de cuidados, esta responsabilidade de delegar, ao ser exercida, deve contemplar instruções concretas. Esta forma de organização do trabalho requer uma diferenciação clara entre os campos de intervenção de enfermeiros e de AS	Alinhamento quase total com a recomendação - Perfil profissional estabelece âmbito de atuação dos TAS, marcando a fronteira com intervenção de outros profissionais, nomeadamente enfermeiros. - A delegação de tarefas nos AS por outros profissionais é enquadrada pelas normas de regulação da atividade de quem delega, que deverá ter sempre em conta que, enquanto trabalhador de apoio à prestação de cuidados, o TAS atua sob sua orientação e supervisão.

Mobilidade na UE		
34- Recomenda-se o reconhecimento à escala da UE do quadro de formação e educação dos AS, o que possibilita a sua livre circulação.	Alinhamento parcial com a recomendação - Não existe um quadro de referência comum aos diferentes países da Europa para formação e atividade dos Auxiliares de Saúde - Reconhecimento da qualificação de TAS no espaço europeu é garantido pelo alinhamento do Catálogo Nacional de Qualificações com o Quadro Europeu de Qualificações, que assegura a comparabilidade e portabilidade das qualificações obtidas em diferentes países. - Reconhecimento da qualificação é garantido pela Agência Nacional para Qualificação e Ensino Profissional, não sendo condição necessária para acesso ao mercado de trabalho.	Alinhamento parcial com a recomendação Trabalhadores europeus que queiram exercer atividade de AS em Portugal: - Reconhecimento da qualificação pode ser requerida à ANQEP. - A atividade não é regulada, pelo que não há necessidade de reconhecimento formal de uma licença emitida noutro país, nem necessidade de efetuar registo profissional. TAS formados em Portugal que queiram desenvolver atividade fora do país: - Alinhamento com Quadro Europeu de Qualificações garante reconhecimento de formação de nível 4. - Certificado contém informação detalhada sobre a qualificação. - Informação sobre experiência profissional e atividades desenvolvidas pode ser requerida à entidade empregadora.
35- A fim de garantir a segurança dos pacientes, uma maior mobilidade dentro da UE requer: - Prova de registo como AS no país de origem - Informação detalhada sobre o nível de qualificação - Informação sobre experiências anteriores relevantes - Sistemas de adaptação acordados		

Orientação e/ou apoio de cuidadores informais por AS	
36- A formação dos AS deve prepará-los para compreender o papel dos cuidadores informais, nomeadamente: - Apoiar ativamente o cuidador informal no seu trabalho; - Observar eventuais necessidades de mudança no que toca a apoios sociais, serviços, dispositivos de auxílio e condições de habitabilidade; - Orientar o utente e os seus cuidadores na identificação e utilização de diferentes apoios sociais, serviços e dispositivos de ajuda, cooperando com especialistas e organizações voluntárias especializadas; - Saber estabelecer contacto com especialistas e organizações a fim de ajudar os cuidadores informais.	Alinhamento quase total com a recomendação - Conteúdos integrados nas UFCD do referencial de formação, salvaguardando-se a necessidade de articulação de intervenções com profissionais de saúde mais qualificados. - Quando prestam cuidados na comunidade, os AS trabalham em articulação com uma equipa de saúde ou profissionais de referência, a quem compete a tomada de decisão e encaminhamento.
37- Os AS têm de seguir protocolos estabelecidos e, no caso de trabalharem de forma independente, devem ter autonomia para encaminhar utentes para serviços de saúde.	Não há alinhamento com a recomendação - Não existe um sistema formal de protocolos de atuação dos TAS. - Os TAS não atuam de forma autónoma.

Fontes:

Recomendações (tradução e adaptação do autor) Braeseke et al.(8)

Conteúdos: da Silva et al.; ANQ; Governo de Portugal; IEF; Gaspar e Aires; Ordem dos Enfermeiros (16,127,218,221,222,226-232)

3.5 Técnico Auxiliar de Saúde: Criação e implementação da qualificação

Este subcapítulo é centrado no processo de criação da qualificação de TAS, uma abordagem que também inclui a implementação da medida e alguns dos seus resultados.

3.5.1 Processo de criação da Qualificação

A criação de uma estratégia de formação de RHS, integrada numa intervenção mais alargada para assegurar a coerência das iniciativas de formação do Ministério da Saúde e a sua capacidade de resposta às necessidades decorrentes dos programas da saúde prioritários e do funcionamento dos serviços, foi definida como orientação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010⁷⁷. No caso particular dos auxiliares de saúde, foi estabelecida como prioridade a fixação de metas de investimento para a sua formação “em aspetos considerados mais importantes (por exemplo: capacitação para comunicação com doentes, aspetos éticos, aspetos técnicos)” (149).

A integração do perfil profissional de Auxiliares de Ação Médica e Ajudantes de Saúde no Sistema Nacional de Certificação Profissional, em 2004, parece ter ido ao encontro desta orientação (143). A mudança de ciclo político verificada após as eleições legislativas de fevereiro de 2005 ocorre sem que a regulamentação da formação e certificação estivessem concluídas, transitando para o novo executivo a tarefa de fixar as regras para homologação de cursos e atribuição e emissão dos certificados de aptidão profissional (126,150).

À época, as responsabilidades relativas à coordenação da formação de RHS eram da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, com o apoio do Alto Comissariado da Saúde, da Direção-Geral da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde. Neste contexto, a elaboração do manual com as regras para formação e certificação dos AAM ficou a cargo do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, que integrava a Secretaria Geral do Ministério da Saúde (126), tendo transitado para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) após a sua criação, em 2007.

⁷⁷ Preparado durante o ciclo político correspondente aos XV e XVI governos constitucionais, liderados respetivamente por Durão Barroso e Pedro Santana Lopes, o PNS 2004-2010 viria ser implementado pelo XVII governo, liderado por José Sócrates.

Em 2006, intervindo no decorrer do primeiro Fórum Nacional de Saúde, uma representante da Secretaria Geral do Ministério da Saúde enquadrava a necessidade de promover formação no SNS com a estratégia europeia de qualificação da força de trabalho, antecipando o alinhamento das estratégias de formação do setor com os princípios e mecanismos de operacionalização que viessem a ser fixados após a reestruturação do Sistema de Formação Profissional que se encontrava em curso. Neste contexto, afigurava-se fundamental

“(…) a introdução das novas orientações no âmbito da formação regulamentada do sector da saúde; o desenvolvimento de sistemas de regulação e controlo de qualidade, assim como a promoção de formação profissional - contínua e inicial de curta e média duração – inserida num quadro de qualificação específico e enquadrada por sistemas de controlo e monitorização de resultados.” (233)

Segundo informação recolhida junto de um dos entrevistados, esta intenção de alinhamento com a nova estratégia de qualificação que esteve na origem da decisão de postergar a operacionalização da formação e certificação de AAM e de Ajudantes de Saúde, uma vez que se antecipava a criação de “uma proposta de qualificação mais aliciante e integradora e melhor para as pessoas que quisessem depois uma qualificação mais estruturada, não só a qualificação que iriam ter, mas também uma possibilidade de prossecução dos respetivos estudos” (E8).

A reflexão sobre a reorientação da iniciativa foi amadurecendo e ganhando espaço na agenda política dos decisores, tendo a construção de referenciais de formação para profissionais de saúde de nível não superior, em articulação com a ANQ, sido inscrita entre as atividades preconizadas no primeiro plano estratégico da ACSS, relativo ao período 2008-2010 (234,235).

3.5.1.1 Enquadramento na estratégia de recursos humanos do Ministério da Saúde

A formação de RHS foi incluída entre as linhas de ação do roteiro para implementação do PNS 2004-2010 estabelecido no final de 2005:

“É necessário que a formação dos profissionais passe a modelar-se pelas necessidades e prioridades previstas no PNS. É fundamental promover nos profissionais em exercício de funções as competências necessárias às transformações organizativas e técnicas requeridas pela implementação do PNS, em

geral, e pelos programas nacionais, em particular. Desenvolver-se-á de acordo com os planos anuais de formação das instituições do SNS nas modalidades de formação contínua, preferencialmente, mas também como formação especializada. Tentar-se-á influenciar também a formação inicial dos profissionais de saúde.” (123).

Preconizava-se o envolvimento de parceiros oriundos da sociedade civil que pudessem emitir contributos técnicos, científicos e pedagógicos relevantes para estruturar esta política, tendo sido traçada uma orientação de mobilização dos recursos passíveis de ser utilizados para esse fim, nomeadamente do Programa Operacional de Assistência Técnica do Fundo Social Europeu (POAT- FSE) e do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), bem como do Programa de Investimento e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central (PIDDAC) (123).

A Administração Central do Sistema de Saúde

Criada no âmbito do programa de reformas da administração pública de 2006, a ACSS concentrou responsabilidades e atribuições até aí dispersas por diversas entidades organicamente dependentes do Ministério da Saúde, nomeadamente nos domínios do planeamento de recursos humanos do SNS, da regulação profissional e da formação profissional no âmbito do sistema de saúde, cabendo-lhe a articulação com outros organismos da administração pública dos aspetos relacionados com ensino e formação das profissões de saúde (125).

Os recursos humanos foram definidos como uma das quatro áreas de intervenção estratégica do novo instituto para o período 2008-2010, sendo um dos seus objetivos estratégicos a *melhoria da qualidade e da efetividade da gestão central dos recursos humanos, numa perspetiva previsional*. Para dar corpo a esta estratégia, foram estipuladas um conjunto de atividades e de processos (Tabela 34), entre os quais se destacam o desenvolvimento de instrumentos para a adequação dos RH às necessidades do SNS, a criação de mecanismos de qualificação dos profissionais e a promoção e adequação de instrumentos de regulação da formação profissional (234).

Tabela 34 - Objetivo, Atividades e Processos da Área de Intervenção Estratégica Recursos Humanos da ACSS (2008-2010)

Objetivo Estratégico: Melhoria da qualidade e da efetividade da gestão central dos recursos humanos, numa perspetiva previsional	
Atividades	Processos
- Adequada adaptação legislativa das profissões da saúde ao novo quadro legal da função pública. - Dinamização da formação no âmbito do SNS. - Coordenação Nacional da mobilidade no SNS. - Abordagem integrada de todos os recursos, desenvolvendo o planeamento a médio e longo prazo como uma atribuição central da área de RH. - Desenvolvimento de sistemas de informação que permitam decisões estratégicas esclarecidas.	- Desenvolvimento de instrumentos que permitam a adequação de RH às necessidades do SNS. - Disponibilização de informação de gestão sobre RH que possibilite decisões esclarecidas. - Conceção de instrumentos jurídicos que permitam uma afetação de RH com base nas necessidades - Contribuição para uma efetiva gestão por objetivos. - Minimização dos efeitos decorrentes da coexistência de regimes jurídicos de pessoal diversos, no sentido da sua possível harmonização. - Criação de mecanismos de qualificação dos profissionais de saúde. - Promoção da adequação contínua dos instrumentos de regulação da formação profissional.

Fontes: ACSS (234,235)

Neste quadro, é dada prioridade à construção de referenciais de formação para AAM e Ajudantes de Saúde, tarefa assumida como objetivo operacional para 2008, primeiro ano de funcionamento pleno do novo organismo, num projeto coordenado pela Unidade Operacional de Coordenação Regulação Formação Profissional e a desenvolver em articulação com a ANQ (235).

Refletindo a evolução do processo de criação do TAS que é descrito mais adiante, este objetivo vai manter-se e, de acordo com o modelo de planeamento adotado pela ACSS, vai ser consolidada nos planos de atividade de 2009 e 2010, com crescente definição das metas a alcançar e dos indicadores de sucesso à medida que o projeto avança. A partir de 2011, assiste-se a uma perda de centralidade destes temas, que se reflete no desaparecimento de referências explícitas aos mesmos nos documentos estratégicos⁷⁸ (Tabela 35) (234,236–239).

⁷⁸ É de referir que em junho de 2011 ocorreu uma mudança de ciclo político, com a tomada de posse do XIX governo constitucional, liderado por Pedro Passos Coelho. É já no novo ciclo político que, como veremos adiante, se acentuou uma tendência de perda de relevância política deste tema que já se vinha sentindo desde o final de 2010.

É ainda de referir que a formação de recursos humanos de qualificação não superior não se limitou aos auxiliares de saúde e, de acordo com as orientações do PNS 2004-2010, foram encetadas iniciativas para alargar a intervenção a outros segmentos da força de trabalho que desempenham funções que requerem qualificações para prestação de cuidados integrados no sistema de saúde ou em instituições que com ele se articulam, tais como unidades da rede de cuidados continuados, unidades de apoio a pessoas dependentes na comunidade ou os prestadores de cuidados domiciliários.

Foi neste âmbito que, em 2009, a ACSS desenvolveu esforços para promover a conceção de um referencial de formação dirigido à figura de *Assistente Familiar e de Apoio à Comunidade* e lançou um conjunto de estudos para apoio de intervenções formativas relacionadas com a implementação dos programas nacionais prioritários do PNS, para “Identificação de perfis emergentes (de nível de qualificação não superior) no âmbito do sector da saúde” e para a “Avaliação das necessidades de formação no âmbito dos cuidados continuados integrados” (240).

Tabela 35 - Referências à estratégia de regulação da formação dirigida a profissionais da saúde detentores de baixas qualificações nos planos de atividades da ACSS (2008-2012)

Área de Intervenção Estratégica de Recursos Humanos			
Ano	Objetivo Operacional	Projeto/atividade e resultados esperados	Metas e indicadores
2008	Construção de referenciais de formação em articulação com a ANQ	<u>Projeto/atividade</u> - Construção do referencial de formação dirigido ao Auxiliar de Ação Médica. - Construção de um referencial de formação dirigido ao Ajudante de Saúde e Apoio Social.	Não definidos
2009	Construção e monitorização da utilização de referenciais de formação e de referenciais e instrumentos de avaliação no âmbito do processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências profissionais	<u>Projeto/atividade</u> - Produção de referenciais de apoio aos operadores de formação e aos Centros Novas Oportunidades. <u>Principais resultados a atingir</u> Referenciais de formação para os operadores de formação que dirigem ações a profissionais da saúde detentores de baixas qualificações. Estes referenciais irão possibilitar a uniformização das intervenções formativas de Norte a Sul do país. Referenciais de apoio ao reconhecimento de competências que visam a dupla certificação (escolar e a profissional) de modo a elevar o nível de qualificação dos profissionais de baixas qualificações do sector da saúde.	<u>Fatores de sucesso</u> Os processos de validação com os atores externos (Ordem dos Enfermeiros, DGS, Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários) devem ser realizados nos timings do projeto, sob pena de atrasar os objetivos conjuntos que a ACSS, I.P., tem atualmente com a ANQ – Agência Nacional de Qualificação, a qual tem interesse em divulgar, o mais breve possível, os referenciais de formação de todos os sectores de atividade, de modo a contribuir para a construção do Catálogo Nacional de Qualificações.

Resultados e discussão

2010	Criar as condições necessárias a implementação/ operacionalização do Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências no sector da saúde, em articulação com a Agência Nacional para a Qualificação (dirigido ao auxiliar de saúde)	<u>Projeto/atividade</u> Articulação com a ANQ e com os Centros Novas Oportunidades responsáveis pelos processos de RVCC. <u>Principais resultados a atingir</u> Clarificar as responsabilidades e âmbitos de intervenção (e eventual apoio) da ACSS no que respeita a implementação dos Processos de Certificação de Competências dos ex-auxiliares de ação médica.	<u>Metas</u> - Garantir que os processos de RVCC a desenvolver pelos Centros Novas Oportunidades tenham em consideração as especificidades e necessidades do sector da saúde; - Facilitar o trabalho da Equipa de avaliação dos Centros Novas Oportunidades. <u>Indicadores</u> - Data de encerramento do processo de validação e negociação do protocolo (elaborado em 2009), que define os termos de articulação entre a ACSS e ANQ relativamente aos domínios da formação e do reconhecimento de competências (processos de RVCC) – abril. - Prazo para produção do documento (orientador) que define as regras de articulação entre ACSS e ANQ e organismos do SNS e CNO's – julho.
2011	Implementação de uma estratégia de disseminação de produtos resultantes dos projetos financiados pelo Programa Operacional de Assistência Técnica (POAT)	Não definido	<u>Indicador</u> Articulação com os atores envolvidos nos estudos no sentido da preparação da divulgação dos produtos POAT, de acordo com a estratégia pré-definida em 2010.
2012	Construção de um Catálogo que disponibilize referenciais de competências e de formação contínua dirigidos a profissionais com intervenção no setor da saúde	Não definido	Não definido

Fontes: ACSS (236–239)

3.5.1.2 Descrição do processo

Como é referido na cronologia que abre o capítulo de resultados, a integração da qualificação de TAS no CNQ resulta de um projeto conjunto entre ACSS e a ANQ, que

decorreu entre 2008 e 2010 e procurou dar uma resposta à necessidade de capacitar este segmento da força de trabalho, enquadrando-a numa estratégia mais ampla de qualificação da população, a Iniciativa Novas Oportunidades.

No quadro das suas responsabilidades de planeamento e gestão de RHS no SNS e no sistema de saúde, a ACSS liderou a conceção da proposta de qualificação que, depois de submetida a um processo de validação setorial, foi levada para discussão nas estruturas da ANQ, servindo de base à qualificação que veio a ser publicada em 2010 (122).

No âmbito das responsabilidades de gestão do Catálogo, a ANQ acompanhou a ACSS na elaboração da proposta e garantiu as condições necessárias para a sua formalização (122). Ao mesmo tempo, acompanhou os esforços de um conjunto de escolas profissionais na preparação de uma proposta com objetivos similares. Nas próximas páginas iremos descrever este processo com algum pormenor.

3.5.1.2.1 Conceção de propostas de qualificação

3.5.1.2.2 Proposta de qualificação promovida pela Administração Central do Sistema de Saúde

Os dados recolhidos permitem identificar três fases distintas na construção da proposta que, em 2010, a ACSS apresentou ao Conselho Setorial de Saúde e Serviços à Comunidade da ANQ (Figura 27):

- 1ª fase - Elaboração da proposta de referenciais para formação e de RVCC de Auxiliares de Ação Médica referentes ao perfil profissional de 2004;
- 2ª fase - Validação técnica desta proposta por entidades do setor da saúde e outros onde o AAM podia atuar, que culminou na elaboração de uma segunda proposta de qualificação, composta pelo perfil profissional de auxiliar de saúde e respetivos referenciais de formação e de RVCC;
- 3ª fase - Validação política da proposta de qualificação pelo gabinete da Ministra da Saúde, com posterior envio do perfil profissional e do referencial de formação de auxiliar de saúde à ANQ;

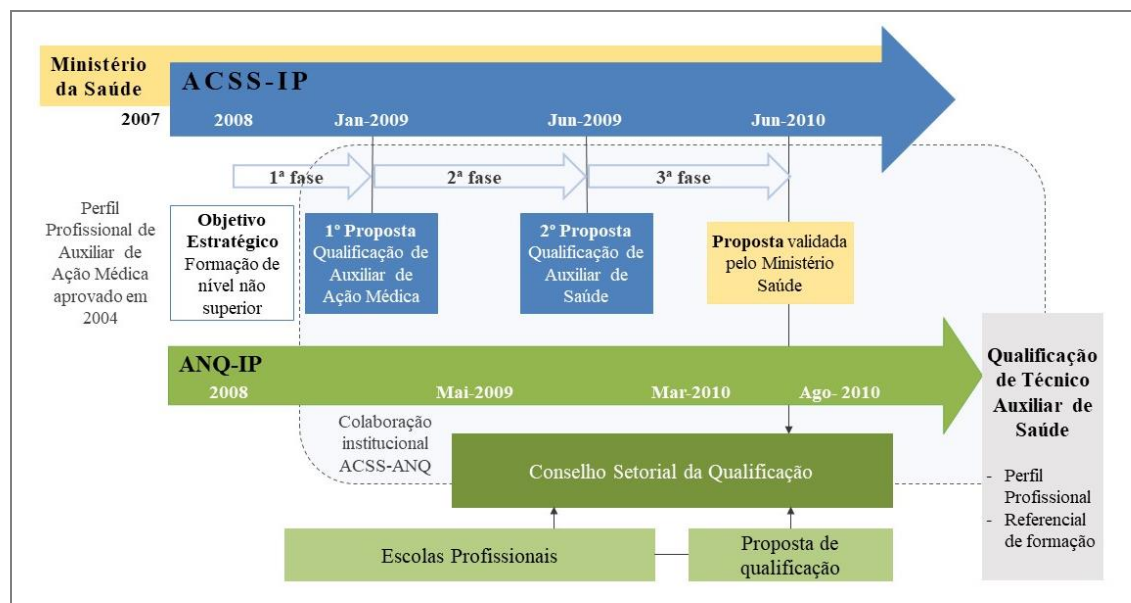


Figura 27 - Concepção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde: elaboração das propostas de referencial pela ACSS

1ª fase - Elaboração da proposta de referenciais para formação e RVCC de Auxiliares de Ação Médica

A primeira proposta de qualificação desenhada pela ACSS compreendia um referencial de formação e um referencial de RVCC criados em função do perfil profissional e da definição de competências de AAM integrados no Sistema Nacional Certificação Profissional em 2004 (122,143,241). Segundo um dos entrevistados, esta iniciativa foi beneficiária direta de um processo que culminou na criação de um referencial para formação de curta duração para auxiliares da recém-criada Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados:

“Ainda em 2007, e enquanto se refletia sobre o futuro das qualificações, a ACSS recebe um pedido da RNCCI para elaborar um referencial de formação (60h) que visava apoiar os profissionais com funções de auxiliares que se encontravam naquela rede de cuidados. (...)”

A proposta elaborada pela ACSS, I.P., em parceria com a RNCCI, constituiu, assim, uma experiência piloto de formação contínua, que tinha como objetivo último aperfeiçoar as competências específicas exigíveis aos profissionais que trabalham no âmbito daquela Rede, que abrangia organismos do sector da saúde e da Segurança Social.” (E8).

Idealizados para uma qualificação de nível 2 de formação⁷⁹, estes referenciais de AAM foram construídos por uma equipa de técnicos da ACSS com base na auscultação de parceiros e tendo em conta os resultados de um exercício de mapeamento das funções e atividade dos auxiliares no SNS (242) - descrito por um dos participantes como “(...) um trabalho exaustivo, feito a nível nacional, de levantamento das funções e do papel global dos AAM em todo o tipo de estabelecimentos de saúde de norte a sul do país” (E7), e de uma análise do enquadramento da atividade e formação dos auxiliares noutros países europeus:

“O que nos ocorreu ver, até por questões de paridade com outras qualificações – e aqui entram em linha de conta as nossas preocupações com a possibilidade dos nossos qualificados poderem trabalhar lá fora ao abrigo da diretiva comunitária das qualificações – (...) foi verificar as competências mínimas - e os referenciais analisados tinham esse descritivo – indagando nos documentos dos outros países o que eram as competências mínimas associadas a estes referenciais para podermos desenvolver o trabalho que pretendíamos.” (E8).

2ª fase - Validação técnica e consolidação da proposta de qualificação de Auxiliar de Saúde

Seguindo a metodologia estabelecida com a ANQ, em janeiro de 2009, a ACSS enviou a primeira proposta a um conjunto de entidades da saúde e do setor social, juntamente com um pedido de parecer com uma apreciação global à proposta e um guião com questões orientadoras desta análise (122,241,242).

Entre os 23 organismos que se pronunciaram nesta primeira fase de validação setorial (122), houve uma tomada de posição que se destacou, a emitida pela da Ordem dos Enfermeiros e veiculada através do parecer 90/2009 do seu Conselho de Enfermagem⁸⁰. Sem deixar de reconhecer a necessidade e importância de formar e qualificar os auxiliares

⁷⁹ O Quadro Nacional de Qualificações, que transcreve para legislação nacional o disposto no Quadro Europeu de Qualificações de 2008 só entrou em vigor em outubro de 2010. Como tal, o processo de conceção desta qualificação ainda foi orientado pela estrutura de níveis de formação em vigor até esta data.

⁸⁰ Durante a investigação só foi possível aceder ao parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros, o que pode ter levado a uma leitura mais estreita do processo. No entanto este documento reveste-se de especial importância, uma vez que foi peça chave em toda a construção da qualificação de TAS que se lhe seguiu, facto que o desenrolar dos acontecimentos e as informações prestadas por diferentes entrevistados corroboram.

como garantia de qualidade dos cuidados, a Ordem dos Enfermeiros manifestou e fundamentou o seu desacordo com parte dos conteúdos propostos:

“Tendo por base a definição da profissão de AAM, o seu Perfil Profissional e o referencial de RVCC apresentado, consideramos que o referencial de formação, do ponto de vista dos conteúdos propostos, vai além do necessário, ultrapassando o enquadramento profissional da AAM.”(241).

O parecer elencava um conjunto de aspetos que, na ótica da organismo regulador da enfermagem, careciam de clarificação e revisão ou que deveriam ser excluídos, uma vez que subentendiam “competências para a abordagem de situações complexas para as quais esta formação não prepara, e que, para além disto, se encontram fora do âmbito de uma qualificação profissional de nível dois”(241).

Perante esta análise, a ACSS solicitou uma reunião com a Ordem dos Enfermeiros, da qual resultou a constituição de um grupo de trabalho conjunto com a missão de rever e ajustar os referenciais (122):

“Nessa sequência, em abril de 2009, a ACSS cria um grupo de trabalho que integrava também a Ordem dos Enfermeiros. A “equipa de validação” envolveu uma rede alargada de peritos com conhecimentos técnico-científicos e experiência profissional nos domínios temáticos em estudo.” (E8).

Até julho de 2009, esta equipa de validação trabalhou as propostas de referencial de forma sistematizada, conduzindo uma “análise de pormenor de cada unidade de competência, tarefa, procedimento e sua relação com os saberes de cada UFCD do referencial de formação, a garantia da qualidade e segurança nos cuidados de saúde” (122). Tratou-se de uma abordagem eminentemente técnica que, nas palavras de quem nela participou, implicou a discussão minuciosa, quase “linha a linha” (E5), dos documentos e uma reflexão conjunta sobre o sentido de alguns conceitos ou formulações utilizadas:

“Outro exemplo: porque é que num referencial não deve vir que (...) o TAS não avalia sinais vitais? A nossa compreensão de avaliação é um processo que passa para além da medição, mas é preciso clarificar para o técnico porque é que isso põe em causa a segurança do utente.

É porque se eu tiver um técnico que realiza um ato de medição ao longo de um serviço e que não é capaz de identificar o risco da primeira avaliação que fez, se

calhar a intervenção que era necessária e que aquele cidadão teria direito, que era imediata num processo de avaliação, ele tem-na 45 minutos mais tarde, com tudo o que pode ocorrer do ponto de vista das consequências...” (E4).

Além da revisão do perfil profissional associado à qualificação a criar, foi nesta fase que a designação de Auxiliar de Saúde foi adotada, em detrimento da de Auxiliar de Ação Médica, alteração apontada como uma mudança do paradigma de leitura do próprio conteúdo funcional associado a estes trabalhadores, uma vez que “estávamos a falar de cuidados médicos e passámos a falar de cuidados em saúde” (E4).

Ao definir os auxiliares de saúde como trabalhadores com competências e conhecimentos para dar apoio a profissionais mais qualificados na prestação de cuidados no âmbito do sistema de saúde e noutros setores, nomeadamente ao nível da comunidade ou em unidades de acolhimentos de idosos ou pessoas dependentes, o novo perfil profissional constitui-se como uma alternativa única aos perfis de AAM e de Ajudante de Saúde de 2004⁸¹, razão pela qual a nova qualificação é apelidada como “de banda larga” por vários entrevistados.

“Na realidade, o que fizemos foi desconstruir a imagem do Auxiliar de Ação Médica, muito circunscrita ao Ministério da Saúde, para passarmos a ter um Técnico Auxiliar de Saúde com competências mais vastas e com foco em vários setores, podendo migrar de um setor para outro.” (E8).

3ª fase - Validação política da estratégia de qualificação

Concluída a validação técnica, seguiu-se a fase de validação política, que se iniciou com o envio para o gabinete da Ministra da Saúde, no verão de 2009, das propostas relativas à qualificação de Auxiliar de Saúde (122). Apesar do reconhecimento político e do interesse estratégico que a formação dos auxiliares suscitava, só no segundo trimestre de 2010 a ACSS teve luz verde da tutela para entregar a proposta de qualificação à ANQ⁸², sendo esta constituída apenas por um perfil profissional e um referencial de formação, ficando em falta o referencial de RVCC.

⁸¹ Que viriam a ser revogados em 2011, com a aprovação do regime jurídico do Sistema de Regulação de Acesso a Profissões (157).

⁸² Na ata da 2ª reunião do Conselho Setorial da Saúde e Serviços à Comunidade (132) surge a informação que a proposta da ACSS ainda estava “em apreciação no Gabinete da Sra. Ministra da Saúde”, acabando a qualificação por ser publicado durante o terceiro trimestre de 2010.

Não é fácil identificar com precisão as razões de tal demora e da não aprovação do referencial de RVCC. A coincidência do fim da validação técnica com um ciclo eleitoral longo, que compreendeu a realização de três atos eleitorais entre junho e outubro de 2009⁸³, pode ter contribuído para o retardar da validação política devido a uma natural redução da atividade das instituições nestes períodos. Porém, este facto não explica um intervalo de tempo para decisão tão alargado, nem a alteração ao objetivo de certificação de trabalhadores no ativo que a criação da qualificação pressupunha. Nada é dito sobre estas questões na documentação que foi possível consultar, não tendo os entrevistados mostrado disponibilidade em explorá-las, limitando-se a aludir, sem aprofundar, a possíveis condicionamentos de natureza política e financeira.

“(...) se me perguntar porque é que está ali tempos e tempos, é todas as lógicas de gestão política deste processo que nos ultrapassam, que nos escapam, mas que me parece que tem a ver com outros aspetos que não são só qualidade do trabalho realizado.” (E4).

Uma leitura do contexto político e social da época permite compreender um pouco melhor algumas destas referências. Por um lado, a qualificação surge após a reforma da estrutura de carreiras da administração pública que determinou o fim da categoria de AAM e integração dos auxiliares de saúde numa carreira geral, podendo a validação do RVCC reforçar a reivindicação de uma carreira própria que estes trabalhadores vinham fazendo desde então (243–245). Por outro, no final de 2009, adensa-se o cenário de restrição financeira em resultado das crises bolsista e bancária que assolavam a economia mundial desde 2007 e que, nos anos seguintes, levaram à adoção de políticas de redução da despesa pública e austeridade, que se repercutiram nos gastos em saúde e, em particular, no financiamento do SNS (168,246).

“Eventualmente, há aqui questões de posicionamento na carreira remuneratória que poderá ser, eventualmente, uma das razões para que o processo não se desenvolvesse tanto, porque se eu tiver Assistentes Operacionais com formação TAS e se eu reconhecer os outros que já são, eventualmente os que têm o curso e os que eu reconheço deveriam estar numa posição remuneratória um bocadinho

⁸³ Eleições europeias (7 de junho), legislativas (27 de setembro) e autárquicas (11 de outubro).

diferente e isso levaria provavelmente – eles são muitos – a custos que tinham de ser pensados. Essa poderá ser uma razão – até porque estas coisas das discussões prolongaram-se para 2009 (...) e no final de 2009 as margens... não havia dinheiro...” (E9).

3.5.1.2.3 Proposta de curso promovida por Escolas Profissionais

No início de 2010 foram apresentadas para discussão e análise no CSQ propostas para a criação de três qualificações profissionais na área da saúde: Técnico Auxiliar de Ação Médica, Técnico Assistente Dentário e Técnico Auxiliar de Farmácia (132). Tratou-se de uma iniciativa conjunta de várias escolas profissionais, resultado do entendimento promovido pela ANQ a que já se fez referência neste capítulo:

“Mais tarde a ANQ veio indicar-nos as escolas que apresentaram as propostas e nós passámos a negociar separadamente com cada uma. Fomos construindo um plano que procurasse concertar os diferentes pontos de vista, a maior parte convergentes, das diversas propostas (...).

Quando chegámos à segunda reunião do CSQ (aí por março de 2010) temos várias instituições representadas. Foram várias horas de apresentação de ideias, de confronto (no bom sentido) de esclarecimentos. Nessa reunião apresentámos as 3 propostas e rapidamente percebemos que aquela que poderia ser mais fácil de começar a implementar no terreno seria a de auxiliar de saúde.” (E10).

A proposta de qualificação de Técnico Auxiliar de Ação Médica contemplava um referencial de nível 3 de formação, com 1600h de componente tecnológica e ensino clínico e 1500h de componente escolar, concebido por técnicos das escolas profissionais com o apoio de diferentes profissionais de saúde. Ancorada no perfil de Auxiliar de Ação Médica que fora aprovado em 2004, propunha um referencial para formação de jovens em contexto escolar, sendo a pertinência da criação deste curso fundamentada na pouca qualificação dos auxiliares em exercício e na inexistência de trabalhadores com formação intermédia nas equipas de cuidados, bem como nas necessidades identificadas no mercado de trabalho pelos proponentes (132).

3.5.1.2.4 Integração da qualificação no Catálogo Nacional de Qualificações

A integração da qualificação no Catálogo implicou a realização de 2 reuniões do CSQ, complementadas com encontros de trabalho para conciliação de propostas e consolidação da versão final do documento (Figura 28).

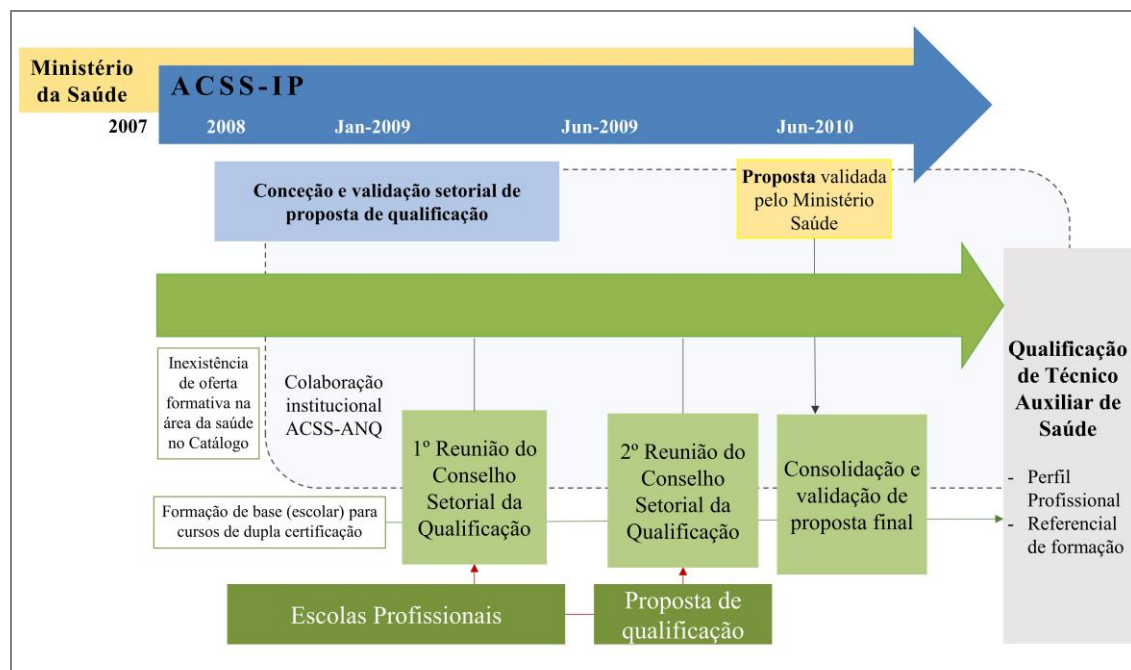


Figura 28 - Concepção da qualificação de TAS: trabalho realizado no âmbito na ANQ e integração no Catálogo Nacional de Qualificações

A primeira reunião do Conselho Sectorial de Qualificação

A primeira reunião do CSQ de Saúde e Serviços à Comunidade (maio de 2009) contemplou a instalação deste órgão e uma análise à revisão de qualificações nas áreas cobertas pelo conselho (131). Sobre a criação de uma qualificação para auxiliares de ação médica, os conselheiros foram informados de que a ANQ estava a acompanhar as iniciativas desenvolvidas pela ACSS e por um conjunto de escolas profissionais para concepção de propostas, prevendo-se a sua apresentação ao conselho num futuro próximo. A representante da ACSS fez uma apresentação dos trabalhos em curso e da colaboração estabelecida com a Ordem dos Enfermeiros e outros parceiros para análise e validação técnica dos referenciais. Do debate que se seguiu destacam-se as abordagens ao nível de formação que a qualificação deveria conferir e sobre o perfil de saída dos formandos que viessem a concluir o percurso formativo (131).

Sobre o nível de formação, o conselho ficou dividido entre a manutenção do nível 2 de formação inicialmente previsto (9 anos de escolaridade e 950h de formação para obtenção de certificado profissional) ou uma mudança para nível 3, justificada pela valorização desta figura profissional e pela extensão da escolaridade obrigatória para 12 anos, que estava a poucos meses de entrar em vigor. Perante a ausência de consenso sobre a matéria, a decisão foi adiada, ficando pendente de uma reflexão mais alargada em torno das propostas que viessem a ser apresentadas (131).

A segunda reunião do Conselho Sectorial de Qualificação (março de 2010)

Além das instituições com assento permanente no CSQ, estiveram presentes representantes das escolas profissionais subscritoras das propostas de qualificação não superior na área da saúde então analisadas (132).

A proposta submetida pelas escolas profissionais foi apresentada e discutida, tendo os presentes criticado o facto de esta não contemplar formação de adultos, uma das componentes centrais da estratégia nacional de qualificação (132).

A representante da ACSS apresentou a proposta resultante do projeto conjunto com a ANQ, sublinhando o papel determinante da Ordem dos Enfermeiros na definição de aspetos relacionados com ajuste entre a complexidade dos cuidados e das qualificações e os limites de intervenção e autonomia dos auxiliares. Esclareceu ainda que a proposta ainda não fora formalmente entregue à ANQ por aguardar validação do gabinete da Ministra da Saúde (132).

No final da discussão, o CSQ deliberou integrar a qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde no Catálogo Nacional de Qualificações e que, na sequência da extensão da escolaridade obrigatória para 12 anos, esta deveria corresponder ao nível 3 de formação. Foi ainda fixada a metodologia a seguir para articulação das duas propostas e para consolidação da versão final da qualificação (132).

Conciliação das propostas e publicação no Catálogo Nacional de Qualificações

O processo de conciliação das propostas prolongou-se até final de julho de 2010 e foi conduzido por um grupo de trabalho que integrou, entre outros, representantes da ANQ, ACSS, Ordem dos Enfermeiros e escolas profissionais, registando-se ainda a participação pontual de outros membros do CSQ.

Por ser mais completa e estruturada e, de uma forma global, responder melhor às necessidades dos auxiliares e do setor da saúde, a versão final da qualificação foi trabalhada com base na proposta da ACSS:

“Porque se tratava de uma proposta que tinha nascido no contexto da saúde, constituindo a nossa proposta, que levámos ao conselho sectorial, a mais adequada à realidade que nós conhecíamos, motivo pelo qual a ANQ, perante as propostas em cima da mesa, optou por selecionar a da ACSS como referência, recomendando que trabalhássemos todos em equipa, para discussão das várias propostas existentes, incluindo as propostas das escolas.” (E8).

Tal opção foi aceite pelos signatários da segunda proposta, que recordam ser seu objetivo “(...) contruir um curso e com o máximo de contributos, sendo estes enriquecedores. Se à época aceitámos isso, naturalmente foi sem qualquer incómodo, que me recorde, porque no fundo o objetivo era criar o curso.” (E10).

O desenho da versão final implicou ainda a adaptação da proposta em termos de carga horária, níveis de autonomia, responsabilidade e complexidade associados ao perfil profissional, para alinhar a nova qualificação com as exigências associadas a um técnico de nível 3 (122).⁸⁴

Após uma ronda final de consulta a todos os membros do CSQ, a ANQ deu por concluída a validação técnica da qualificação, tendo a publicação da versão final do perfil profissional e do referencial de formação de TAS no Boletim do Trabalho e da Empresa ocorrido no final de agosto de 2010. Em outubro do mesmo ano foi publicada no Diário da República uma portaria para criação de cursos profissionais de TAS no sistema de ensino (122,127,219), tendo a formação começado a ser ministrada na rede escolar e nos centros formação profissional associados aos serviços de emprego em 2011.

3.5.1.3 Opinião dos atores entrevistados sobre o processo

De uma forma geral, os entrevistados avaliam positivamente o processo de criação da qualificação de TAS. Tal reconhecimento não é sinónimo de unanimismo em torno de

⁸⁴ Aos cursos de nível 2 de formação correspondia uma carga horária de referência para a componente tecnológica de 950 a 1000, enquanto que para o nível 3 o intervalo se situava entre 1100h e 1200h (122)

uma narrativa, mas sim a expressão de uma convergência de opiniões que sobressai das diferentes leituras sobre o percurso trilhado.

A análise desta multiplicidade de perspectivas permitiu identificar temáticas que, de acordo com as considerações que delas são tecidas e as reflexões que suscitam aos seus autores, foram categorizadas em: aspetos positivos e determinantes para os resultados alcançados; dinâmicas ou acontecimentos considerados críticos ou causadores de dificuldade ao processo; e, temas que, pela centralidade no debate e pela forma como determinaram algumas opções, foram geradores de tensão.

Registam-se ainda diferenças ou complementaridade na forma como os atores olham determinados episódios ou a atuação de outros intervenientes, resultado não só das memórias mobilizadas por cada indivíduo, quase uma década após os acontecimentos, mas, sobretudo, da forma como cada um sobre elas reflete à luz das expectativas e interesses que procurou defender (95). A Tabela 36 sintetiza os temas mais relevantes identificados na análise da opinião dos entrevistados.

Tabela 36 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde na perspectiva dos atores envolvidos: aspetos positivos e facilitadores, aspetos negativos, negativos e pontos de tensão associados ao processo

Processo	Temáticas abordadas pela maioria ou totalidade dos entrevistados	Argumentos mais relevantes
Aspetos positivos e facilitadores do processo	- Pertinência do processo, abertura ao diálogo e envolvimento de diferentes parceiros - Dinâmica do trabalho desenvolvido - Orientação para o contexto	- Profundidade, intensidade e rigor no debate de ideias - Articulação entre parceiros de diferentes níveis institucionais - Foco na procura de soluções e tentativa de consenso em torno de uma necessidade concreta - Liderança da ACSS e ANQ - Possibilidade de partilhar de visão sobre auxiliares e soluções a adotar
Aspetos críticos ou dificuldades sentidas	- Morosidade do processo - Falta de elementos para enquadrar a discussão	- Atraso na validação política
Pontos de tensão	- Nível de formação a conferir pela qualificação - Competências, limites de atuação e de autonomia dos auxiliares	- Condicionantes (históricos, interesses de agenda) como explicação de tensões e dificuldades do processo

3.5.1.3.1 Aspectos positivos e facilitadores do processo

A pertinência da intervenção em si e da estratégia de diálogo e envolvimento de múltiplos parceiros adotada pela ACSS e ANQ é apontada pelos entrevistados como aspecto positivo e facilitador da criação da qualificação. A orientação do processo para o contexto é também valorizada, sendo reconhecida a preocupação dos promotores da iniciativa em ancorar a definição de perfil, deveres e responsabilidades dos auxiliares, bem como os princípios e linhas orientadoras da sua formação, na experiência, conhecimento e reflexão de diferentes atores acerca do papel, do percurso e da necessidade de reforçar a qualificação destes trabalhadores.

Abertura ao diálogo e envolvimento de diferentes parceiros

A forma dialogante e dinâmica com que a ACSS e a ANQ, enquanto promotoras da iniciativa e representantes formais do Estado, planearam e conduziram as diferentes etapas do processo é salientada pela generalidade dos entrevistados.

“Eu caracterizaria a relação de trabalho que foi desenvolvida ao longo de vários meses como uma relação de muita vontade e de muita disponibilidade para a discussão e para o debate” (E4).

O envolvimento de representantes de vários grupos interessados na regulamentação da atividade e formação dos auxiliares, bem como de atores com vasto conhecimento da realidade destes trabalhadores e/ou dos contextos em que atuam é outro aspecto destacado, tendo alguns dos entrevistados manifestado agrado pela possibilidade de articulação entre entidades que se situam em diferentes níveis estratégicos e de decisão.

“O processo em si, acho que a forma como está organizada a validação destes cursos faz todo o sentido, (...) desde os empregadores, trabalhadores, escolas e ministério, estamos a trabalhar em conjunto. Nada sai sem que uma maioria deste conjunto chegue a um acordo. Esta democratização e abertura do Ministério da Educação à comunidade e ao público-alvo da formação, quer trabalhadores quer empregadores, acho que faz todo o sentido.” (E1)

“Terceiro ponto positivo: a articulação de entidades que sendo do mesmo setor e não sendo do mesmo nível estratégico estão em colaboração. (...) Esta ideia de juntar, com um motivo de trabalho e com um projeto de realização, entidades que

noutros contextos nem sequer costumavam trabalhar juntas é boa, cria parceiros, cria redes que ficam.” (E5).

Dinâmica do trabalho desenvolvido

Do ponto de vista técnico, o trabalho realizado é caracterizado como rigoroso. Os encontros bilaterais promovidos pela ACSS na fase de conceção da proposta são, tal como as reuniões plenárias e encontros para consolidação da versão final da qualificação no âmbito do CSQ da ANQ, recordados pela intensidade com que os intervenientes se posicionaram em defesa de argumentos e perspetivas distintas, o que, apesar de algumas tensões relacionadas com diferenças conceptuais e operacionais sobre o papel, a atividade ou os níveis de autonomia dos auxiliares, não impediu o alcançar de soluções e de alguns consensos importantes.

“O processo correu todo bem, após o entendimento de marcar fronteira e todos estarem de acordo... a partir daí, é capaz de ter durado um tempo – isso não se fazia nas reuniões do grupo de trabalho, era muitas vezes conseguido em reuniões bilaterais, tínhamos de falar uns com os outros e até produzir documentos ou fazer propostas e depois, no ponto de encontro, a coisa acabava por ser consensual.” (E2).

“(...) penso que foi uma metodologia bastante debatida, bastante discutida, e sempre que havia alguma dificuldade em termos da compreensão de algum conceito levávamos o assunto até à exaustão, do ponto de visto do debate e da discussão, e penso que chegámos a um resultado bastante satisfatório para ambas as partes do ponto de vista dos referenciais.” (E4).

Embora se registem críticas ao posicionamento dos promotores da iniciativa, que abordaremos mais adiante, sobressaem dos relatos as referências positivas à objetividade, capacidade de mobilização de parceiros e à liderança da ACSS e da ANQ na condução dos trabalhos, bem como à sua independência face a pressões externas: “Tinham traçado aquele caminho, sabiam qual era o objetivo e cumpriram-no independentemente das pressões políticas, viessem de que partido viessem e de quem estava no governo na altura.” (E7).

Orientação para o contexto

O desenho de uma qualificação que, partindo de diferentes contributos e experiências, refletisse a realidade e as necessidades do sistema de saúde, em particular do SNS, é

apontada como uma das linhas orientadoras do processo. Embora centrados no contexto português, os trabalhos preparatórios da proposta da ACSS também incluíram o estudo do enquadramento deste segmento da força de trabalho noutros países, uma vez que se pretendia que a certificação a atribuir viesse a ser reconhecida no mercado único europeu.

“Nenhum país é muito igual... faz-nos sentido olhar para o que existe, mas temos sempre que o aplicar à nossa realidade.” (E6).

“O que nos ocorreu ver, até por questões de paridade com outras qualificações – e aqui entram em linha de conta as nossas preocupações com a possibilidade dos nossos qualificados poderem trabalhar lá fora ao abrigo da diretiva comunitária das qualificações – (...) foi verificar as competências mínimas - e os referenciais analisados tinham esse descritivo – indagando nos documentos dos outros países o que eram as competências mínimas associadas a estes referenciais para podermos desenvolver o trabalho que pretendíamos.

(...)

Estudos que nos permitiram chegar a uma primeira proposta, a qual foi depois apresentada, para reflexão e contributos, junto de outros parceiros do setor, inclusivamente a Ordem dos Enfermeiros.” (E8).

A opção de não replicar um modelo adotado em determinada instituição ou país, bem como a escolha por aprofundar e clarificar os descritivos funcionais e de competências através de uma reflexão partilhada sobre a natureza e limites da atividade dos auxiliares, é reconhecida por parte dos entrevistados, que apontam a possibilidade de partilhar a sua experiência e conhecimentos como fator de valorização tanto do processo como do seu resultado final.

“Talvez quem montou a estrutura inicial que trabalhámos tenha tido algum exemplo para comparação. Isso não nos foi transmitido (...) e não era essa a nossa preocupação. A nossa preocupação era, perante o contexto e o nosso conhecimento de terreno das necessidades e o contexto de outros profissionais e da equipa, decidir o que é que eles podiam fazer.” (E1).

“Acho que a marca [que deixámos] foi a qualidade e o conhecimento profundo das funções que estas pessoas exercem desde que entram, desde que começaram a

trabalhar em qualquer destas áreas da saúde, coisa que os outros parceiros sociais não dominavam.” (E2).

“Não fizemos um trabalho comparado, fizemos um trabalho muito situado na realidade portuguesa, até porque a enfermagem não é a mesma coisa em todos os países e, portanto, fizemos um trabalho muito situado no contexto nacional.” (E4).

“Isto resumido é assim: nós conseguimos demonstrar, e não tenho pejo em dizê-lo, junto das instituições, nomeadamente junto da ACSS, o imenso conhecimento que temos da área e destes profissionais, e penso que esse foi o maior contributo de todos, porque, como lhe disse à bocado, nós falamos daquilo que acontece no terreno, não é ‘eu acho que fazem’.” (E12).

3.5.1.3.2 Aspetos críticos ou dificuldades sentidas

Sobre os aspetos considerados críticos ou as dificuldades sentidas no decurso dos trabalhos, sobressaem referências à extensa duração do período de conceção da qualificação, tendo sido ainda notada a falta de elementos para enquadrar a discussão.

Morosidade do processo

A morosidade da conceção e aprovação da qualificação é um dos aspetos negativos apontados, sendo uma limitação reconhecida pelos seus responsáveis.

“(…) para cada qualificação profissional, o tempo mínimo de conceção são quatro meses e é preciso que a ANQ tenha um técnico disponível para acompanhar aquele trabalho e que a entidade proponente esteja completamente focada naquele objetivo também. E isto nunca é fácil. (...) Na saúde é sempre mais demorado, porque temos autoridades competentes. Aqui tínhamos a ACSS e depois também tivemos a questão dos enfermeiros...” (E6).

Embora com algumas referências a uma lentidão própria da burocracia estatal, associada ao funcionamento das instituições e aos atrasos verificados no período de validação política, a generalidade dos entrevistados coincide na perspetiva de que a morosidade resulta principalmente da complexidade associada à criação de uma qualificação num setor com profissões fortemente reguladas e que, na defesa das fronteiras da sua jurisdição profissional, procuram influenciar as mudanças a operar.

“(...) poderia haver aqui algumas sobreposições de competências já atribuídas a outros profissionais e, portanto, este conjugar de um conjunto de profissões que já existiam e estão no exercício e introduzir um perfil que coubesse, que encaixasse, nesta rede multidisciplinar não foi fácil e, na minha ótica, levou demasiados anos.” (E1).

“O objetivo era para aquela legislatura, quando começou. Atravessou duas, atravessou mudança de diretor da agência e as reestruturações internas que acabam por existir, mas isso acontece em qualquer outro sítio do Estado.” (E2).

“Ou seja: o trabalho técnico está realizado, isto passa apenas por uma aprovação, por uma chancela do ponto de vista político para avançar, e se calhar aquele processo está ali tempos e tempos.” (E4).

“A entrada em pleno do curso vem a dar-se no ano letivo de 2011-12, nós queríamos colocar na oferta formativa de 2010-2011, mas o processo tem alguma lentidão. Normal ou não? não sei... houve sempre atrasos.” (E10).

É ainda de salientar que, estando a crítica centrada no tempo de duração do projeto conjunto da ACSS com a ANQ⁸⁵, há uma parte dos entrevistados, nomeadamente alguns representantes dos auxiliares, que situa a demora num horizonte temporal mais alargado, em virtude do seu envolvimento nos trabalhos prévios ao projeto ou do empenho, ao longo dos anos, em tentativas para estabelecer um enquadramento para atividade e formação para este segmento da força de trabalho.

Falta de elementos para enquadrar a discussão

Não sendo considerada como um fator de bloqueio ou uma limitação grave ao processo, alguns dos entrevistados referem como aspetos causadores de alguma dificuldade à sua participação a falta de elementos para enquadrar a discussão, nomeadamente de documentação para justificar a proposta que a ACSS apresentou ao CSQ ou de dados concretos sobre os auxiliares a atuar no sistema de saúde e noutros setores ligados à prestação de cuidados, bem como a ausência de discussão sobre o horizonte temporal de implementação da medida.

⁸⁵ Como vimos nas páginas em que o processo é descrito, o projeto conjunto foi estabelecido no primeiro semestre de 2008, tendo-se prolongado até setembro de 2010.

“Também lhe digo de forma objetiva que não nos é facultada informação para perceber se o que estamos a fazer, de que forma se compara com o que se passa a nível europeu...” (E3).

“Não foi estabelecida uma meta fechada em termos temporais e em termos quantitativos de número de potenciais formandos ou de potenciais profissionais qualificados, mas havia um objetivo rápido que era fazermos o processo com a celeridade possível para podermos contribuir para a formação e a qualificação mais precocemente possível e também podermos afetar financiamento para esse processo o mais brevemente possível.” (E4).

3.5.1.3.3 Pontos de tensão

As tensões geradas em torno da definição de competências, da autonomia dos auxiliares e do nível de formação a garantir pelo novo curso marcaram a conceção da qualificação. Sendo parte da dinâmica dos percursos de construção de uma política, esta disputa de poder e em torno dos interesses inscritos em diferentes agendas (95) está bem presente na memória dos intervenientes: “Foi sempre controlada, mas talvez tenha sido o Conselho Setorial da Qualificação onde houve mais tensão” (E6).

Definição de competências e autonomia dos Auxiliares de Saúde

Entre os fatores de tensão apontados sobressaem as referências à atuação dos representantes dos enfermeiros que, de acordo com a sua agenda, foi orientada para garantir um quadro de funções, competências e autonomia dos auxiliares coincidente com um perfil coadjuvante de profissionais mais qualificados, bem como a inexistência de sobreposição ou transferência de tarefas que, por via da regulação da atividade de enfermagem, não podem ser atribuídas ou delegadas.

“Notámos na primeira reunião em que apresentámos a nossa proposta que teríamos de superar alguns constrangimentos, isso eu apercebi-me e penso que estava focado na parte dos enfermeiros.” (E10).

Os responsáveis técnico-políticos pelo processo encaram como natural a preocupação dos representantes dos enfermeiros com a manutenção das fronteiras de atuação da profissão, salientando a sua disponibilidade e contributo efetivo ao longo dos trabalhos como exemplo de uma participação positiva e construtiva que não só acrescentou qualidade à

nova qualificação, como contribuiu para uma maior aceitação do resultado final por parte destes profissionais.

“É evidente que era preciso acautelar algumas questões, nomeadamente ouvir os parceiros. E aqui a Ordem dos Enfermeiros era importante. Não que houvesse confusão entre as duas profissões - e não havia certamente -, mas porque os auxiliares, dentro das instituições, dependem muito das orientações e estão sob comando dos enfermeiros e era fundamental que houvesse uma boa colaboração da parte dos enfermeiros na definição de funções e tarefas em todo o processo, até para depois haver sucesso com isso... Este era um dos parceiros mais importantes. Não era o único, mas foi aquele que considerei mais importante.” (E9).

Embora reconhecido como expectável num contexto como o da saúde, em que a regulação da atividade e o equilíbrio entre os diferentes grupos profissionais se revestem de especial complexidade, o empenho dos enfermeiros é interpretado de forma distinta pelos restantes atores, registando-se referências à defesa de interesses corporativos ou ao receio de perda de espaço de atuação e de influência dentro das equipas de saúde.

Particularmente críticas são as observações dos representantes dos auxiliares de saúde sobre a forma como, na sua opinião, os enfermeiros condicionaram o debate - um condicionamento, dizem, motivado não só pela vontade de garantir a manutenção do seu estatuto profissional em relação aos auxiliares, como pelo receio de que as mudanças a operar pudessem legitimar a reintrodução da figura de auxiliar de enfermagem em tempos extinta. Neste sentido, e mesmo reconhecendo não ter havido tentativa de bloquear a criação da qualificação e o valor de alguns dos contributos, os representantes dos auxiliares convergem na opinião de que a intervenção da Ordem dos Enfermeiros foi determinante para a fixação de um perfil com baixos níveis de autonomia e de um quadro funcional onde pontuam algumas funções que consideram não ser adequadas à realidade da sua atividade, como por exemplos as que se relacionam com a limpeza de espaços.

“Não houve oposição nenhuma, nem houve bloqueio. Houve quem quisesse definir muito bem as fronteiras de ação, para que ficassem claras. (...)”

É natural que estes profissionais queiram manter a sua área de ação. Numa primeira opinião, a Ordem dos Enfermeiros não foi imediatamente favorável, mas evoluiu na sua posição (...) participou muito no encontrar de posições comuns e de

consensos. Na minha opinião eram eles quem estavam mais preparados para isto.” (E2).

“A Ordem dos Enfermeiros teve um papel muito interveniente em todo o processo. Esses sim, podemos dizer, que não houve apenas uma audição, mas sim uma participação, porque os enfermeiros tinham, e ainda têm, grandes reticências relativamente à criação da carreira de TAS. Isto porque temem que seja ressuscitada, com outro nome, a profissão de auxiliar de enfermagem que existiu até aos anos 1970 e que depois do 25 de abril acabou por ser extinta.” (E7).

A intenção de estabelecer uma figura equivalente à de um enfermeiro auxiliar ou de segundo nível que, à semelhança do que acontece noutros países europeus (8,247–249), seria menos diferenciado e teria um quadro de atribuições sobreponível à dos enfermeiros licenciados é rejeitada pelos entrevistados ligados ao Ministério da Saúde e à ANQ.

“De facto, não se tratava de construir um perfil profissional para substituir a intervenção de qualquer outro profissional de saúde. Seria antes um perfil coadjuvante. Pretendia-se a criação de um perfil que teria uma intervenção muito circunscrita e definida – já assim o era quando inserido na categoria de Auxiliar de Ação Médica.” (E8).

Outro dos motivos referidos pelos representantes dos auxiliares como gerador de tensão em torno da definição de competências e da autonomia do AS é o que consideram ter sido um condicionamento de partida do debate por questões contextuais, como por exemplo compromissos e perspetivas de financiamento do estado português com a União Europeia, e pela agenda de determinados atores, nomeadamente dos representantes de entidades empregadoras (SNS incluído). Na sua perspetiva, tais fatores orientaram *a priori* o processo para uma procura de equilíbrio entre a necessidade de qualificar estes trabalhadores e a manutenção do seu baixo nível salarial e de autonomia que, não deixando de ser legítima, conflituava com os seus interesses.

“A posição da ACSS foi sempre uma posição de respeito pelas Ordens profissionais, dos médicos, dos enfermeiros – era esta ordem que tinha aqui algumas balizas relacionadas com as competências (...)”

Os interesses económicos estão subjacentes a todos estes equilíbrios e sentiu-se isso, mas não posso dizer que da parte da ACSS não houve respeito pelas estruturas e que houvesse imposição. Não. Foi tudo muito democraticamente resolvido.” (E1).

Embora o alinhamento com normativas europeias e com a INO sejam, a par da necessidade de garantir disponibilidade de mão de obra qualificada para integrar o mercado de trabalho, parte das razões que justificam a intervenção, os entrevistados ligados à condução política e técnica do processo afastam-se da perspetiva de um condicionamento *a priori*, valorizando a sua abertura e a multiplicidade de atores envolvidos.

“Ao longo da construção dos conteúdos do TAS a ACSS, após a construção de uma primeira proposta de referencial, assumiu posteriormente o papel de mobilizador das partes interessadas – efetivamente iniciou o processo com base num conjunto de pressupostos e depois deixou o processo a rolar, deixando para os que sabiam melhor das matérias técnicas, a construção última do referencial até à sua divulgação.” (E8).

Nível de formação a conferir pela qualificação

As alusões ao debate sobre o nível de qualificação a conferir pelo curso, com referências veladas às razões que estariam na base da oposição de alguns atores à atribuição de um nível mais elevado, e o arrastar da tomada de decisão no tempo são exemplo das dificuldades e da tensão em torno desta questão.

“Houve muita dificuldade em fazer passar aos outros conselheiros a ideia do 12º ano, daí eu, há pouco, ter referenciado haver outros interesses – interesses económicos – que aqui têm um poder muito grande... com muita dificuldade conseguiu-se passar para 12º ano.” (E1).

“Essa questão foi colocada. Eu antes gostava de dizer que se discutiu bastante se deveria ser de nível 2 ou de nível 3 e parece-me, não posso confirmar, que um dos grandes problemas era financeiro - poderiam os de nível 2 passar a ganhar mais e “*aqui del rei o que nos vai acontecer!*”

E quem é que colocou essas questões financeiras?

Tenho um registo ou outro, talvez um email, em que terei dito aos meus colaboradores que havia este aspeto, que para além dos problemas que se estavam a colocar havia outro, de ordem financeira, que teria de ser suprido. Mas já à época nós considerámos que o ensino secundário estava generalizado desde 2007 e não valia a pena estar a pensar em qualificações de nível 2, com o 9º ano de escolaridade e trabalhar nessa base.” (E10).

3.5.1.4 Operacionalização e acompanhamento da implementação da qualificação

Após o envio da proposta de qualificação para validação política pelo Ministério da Saúde, a ACSS deu início à preparação da implementação desta intervenção. Nesse sentido, em 2009 foi desenhado um novo projeto, destinado à criação de mecanismos de regulação e implementação de padrões de qualidade na utilização dos referenciais que viessem a ser aprovados, bem como ao acompanhamento da sua implementação, que seria suportado no “estudo com vista a apoiar a fase de conceção de guiões do referencial de formação e do referencial de RVCC” (122,130,240).

Para desenvolver os guiões orientadores da implementação destes referenciais, foi criada uma equipa de trabalho que incluía algumas das entidades que haviam participado na validação setorial da proposta de qualificação, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros e a ANQ, entre outros, a que se juntaram técnicos do Instituto Nacional da Administração (INA). Trava-se, nas palavras de um dos participantes, de uma equipa “(...) escolhida pelo seu empenho na construção do referencial escolar e pela especificidade de atuação no setor” (E8), detentora de competências técnicas fortes para articular e operacionalizar os dois referenciais.

“(...) a partir momento em que havia construção de referenciais e que os referenciais eram publicados, haveria também um grupo de trabalho que aconteceria depois disso, no sentido de se proporem referenciais de qualidade formativa, ou seja, “o referencial de formação é este, quais são os requisitos a considerar para a qualidade formativa para este referencial?” não só do ponto de vista da estrutura, mas do ponto de vista dos equipamentos e das pessoas para fazer essa formação. Este era mais um instrumento que a ACSS iria emitir e regulamentar no âmbito da garantia da qualidade formativa. A qualidade formativa ficaria aberta às escolas profissionais e todas as entidades que a quisessem fazer. Este era um

aspeto. O outro seria o aspeto de se trabalhar também num dossier paralelo relativamente ao RVCC, ou seja, de como é que o processo poderia ter qualidade no âmbito do RVCC, e de fazermos um *follow-up* deste processo *a posteriori*.” (E4).

Em julho de 2010, foi constituído o painel de acompanhamento do projeto, com funções de validação, divulgação e disseminação dos produtos e dos estudos que viessem a ser realizados (130).

Seguindo a metodologia fixada, nos meses seguintes foi desenvolvido trabalho preparatório para construção dos guiões para os referenciais de TAS. Neste âmbito, o INA desenvolveu o estudo “Representações identitárias e contrato psicológico dos trabalhadores exercendo funções auxiliares de saúde no SNS português” (12), publicado em 2011, o único trabalho inteiramente dedicado ao perfil, atividade e formação dos auxiliares de saúde em Portugal que foi possível identificar e consultar ao longo desta investigação.

A equipa do INA foi ainda responsável por um segundo estudo sobre “a capacitação funcional dos auxiliares de saúde”, baseado numa comparação da formação, validação de competências e profissionalização dos trabalhadores que desempenham funções de auxiliares em Espanha, França, Itália, Reino Unido e Suíça, cujos resultados preliminares apontam para existência de especificidades próprias a cada país, “determinadas pelos respetivos padrões de cultura política e pela história inerente ao processo de desenvolvimento das profissões de saúde, com destaque para o caso da enfermagem”(130). Apesar de prevista para o início de 2012 (130), não foi possível confirmar se este trabalho foi efetivamente publicado⁸⁶.

3.5.1.4.1 A interrupção do caminho

Os dados recolhidos indicam que o projeto de operacionalização e acompanhamento da implementação dos referenciais terá sido descontinuado entre 2011 e 2012. Embora a interrupção não seja claramente assumida em nenhum dos documentos consultados, o

⁸⁶ A data prevista para conclusão do estudo é apontada no relatório de atividades do INA de 2011. No entanto, o relatório de atividades de 2012 é omissivo sobre o tema e não é possível encontrar a publicação no catálogo de estudos disponíveis no website do INA. Em resposta a um pedido para disponibilização do documento (dezembro de 2019), a direção da Divisão de Promoção do Conhecimento na Administração Pública do INA informou não ter conhecimento da sua publicação.

relatório de atividades de 2011 do INA refere que, nesse ano, a ACSS deixou de responder às solicitações relacionadas com o projeto (130). Ao mesmo tempo, os planos e relatórios de atividades da ACSS relativos ao mesmo período, contrariamente ao que acontecera nos anos anteriores, deixam de conter referências explícitas a intervenções relacionadas com a formação de auxiliares de saúde ou de trabalhadores de qualificação não superior (238,239,250).

Note-se que estes acontecimentos coincidem com uma nova mudança de governo e de ciclo político, decorrente das eleições legislativas de 2011. No que respeita à qualificação de adultos, o novo ciclo foi marcado pela decisão de rever profundamente a estratégia preconizada na INO, nomeadamente os processos de RVCC (16), o que reforça a ideia de que a criação do RVCC para os auxiliares de saúde terá perdido espaço e relevância na agenda política.

A interrupção deste trajeto também é referida de passagem pelos entrevistados que estiveram envolvidos nesta fase do processo, com alusões à quebra dos canais de comunicação até aí estabelecidos, na sequência de uma mudança nas prioridades políticas, o que também ajudará a explicar o facto do referencial RVCC não ter sido aprovado em 2010:

“Ficou nomeada uma figura que seria o investigador principal neste processo e foi encomendado um estudo para levantamento de dados para este processo deste dossier de proposta de qualidade, cujo resultado ficou um bocadinho aquém das expectativas – pelo menos para os parceiros que estavam envolvidos no processo. Foi a partir daí que eu abandonei o processo e deixei de ter contacto com o que foi feito *a posteriori*. Mas também sei que nessa altura cai o governo, cai a paixão pela formação de adultos e pelo RVCC e todo este processo arrefece do ponto de vista da sua implementação.” (E4).

“Ficou também combinado que a ANQ trabalharia com a ACSS no sentido de garantir a conceção do referencial de RVCC profissional. E começa aqui a nossa cruzada...”

Em 29 de Agosto de 2010 há a publicação no catálogo da qualificação de TAS. E depois temos um caminho de não resposta da ACSS e das tutelas para o RVCC profissional.” (E6).

“Todavia, no momento em que teríamos de fazer os instrumentos que iriam operacionalizar o referencial RVCC que já estava construído, foi-nos colocado claramente um “travão” (...) na aprovação desse referencial.” (E8).

3.5.2 Opinião dos atores entrevistados sobre a qualificação aprovada

Num olhar retrospectivo ao resultado final deste processo, os atores identificam a fixação de quadros de referência para a atividade e formação dos Auxiliares em Saúde como um ganho, sublinhando o seu caráter pioneiro, e recordam que, à época, se antecipava a possibilidade de valorização pessoal e profissional destes trabalhadores e impactos positivos na segurança e qualidade dos cuidados prestados. São ainda referidas questões que, na sua opinião, ficaram em aberto, com destaque para a não aprovação do referencial de RVCC, mencionada pela generalidade dos entrevistados, bem como a inexistência de medidas para reforçar o estatuto destes trabalhadores enquanto profissionais de saúde, tema particularmente focado pelos representantes dos auxiliares.

A Tabela 37 apresenta a súmula dos principais ganhos, questões em aberto e aspetos que, no momento das entrevistas, marcavam a perspetiva destes atores sobre o futuro da qualificação e do papel e atividade dos AS.

Tabela 37 - Conceção da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde na perspectiva dos atores envolvidos: Ganhos reconhecidos, questões em aberto e perspectivas sobre o futuro da qualificação

Produto final	Categorias de análise (temáticas abordadas por parte ou pela totalidade dos entrevistados)	Subcategorias de análise (argumentos relacionados com categorias de análise)
Ganhos reconhecidos	- Fixação de quadro de referência para formação e atividade dos AS	- Qualificação pioneira no setor da saúde - Perfil claro e definidor de fronteiras - Possibilidade de valorização pessoal e profissional destes trabalhadores - Formação para jovens e adultos - Oferta formativa de base fora das unidades de saúde - Impactos exetáveis na qualidade dos cuidados e segurança de utentes
Questões que ficaram em aberto	- Inexistência de referencial RVCC - Falta de medidas para reforço do estatuto dos Auxiliares enquanto trabalhadores do setor da saúde	- Resposta para qualificar e certificar trabalhadores no ativo - Expectativas face ao resultado - Perspetiva de carreira - Autonomia dos AS
Perspetivas sobre o futuro da qualificação	- Avaliação da implementação - Regulação de entrada no mercado	- Desconhecimento sobre Auxiliares em Portugal - Acompanhamento da implementação - Revisão da qualificação (perfil e referencial de formação) - Resultados (oferta formativa, qualidade da formação, empregabilidade) - Formação obrigatória para acesso a atividade - Registo profissional

3.5.2.1 Ganhos reconhecidos

Fixação de quadro de referência para formação e atividade dos Auxiliares de Saúde

A fixação de um quadro de referência para a formação e atividade dos auxiliares de saúde é apontada por todos os intervenientes como o resultado mais significativo da criação desta qualificação.

“Congratulámo-nos com a emergência do auxiliar de saúde e com a pertinência dos referenciais... porquê? Porque são bons delimitadores do espaço de intervenção do auxiliar de saúde em matéria de cuidados de saúde.” (E5).

“Foi um trabalho bem conseguido. Ficou tudo confortável: o setor precisava e a Ordem... conseguimos ir até onde podíamos ir, os enfermeiros também diziam: nós

precisamos muito destes profissionais qualificados. Foi um processo difícil, mas que chegou a bom porto.” (E6).

“O grande legado... primeiro foi uma lança em África termos no Catálogo Nacional de Qualificações, ainda que única, uma qualificação do setor da saúde. Na altura, ficámos muito contentes por ter essa presença no Catálogo e possibilitar a estes profissionais essa qualificação. Portanto, este benefício para os profissionais foi a primeira batalha ganha.” (E8).

O estabelecimento de condições para a disponibilização de formação de nível 3 nos sistemas escolar e de formação profissional é valorizado por alargar o leque de alternativas para reforço da escolarização e empregabilidade da população e abrir caminho à entrada no mercado de trabalho de auxiliares com uma qualificação de base até aí inexistente, tornando a sua integração nos serviços mais fácil e permitindo, a médio prazo, aliviar unidades de saúde da responsabilidade de garantir a formação inicial destes trabalhadores.

“É evidente que as instituições só terão a ganhar se contratarem esse tipo de profissionais. Isto é uma situação que vai ter que se resolver. Se fosse gestor é evidente que daria orientações a quem recruta no sentido de preferir gente com experiência, conhecimentos... é evidente! Os TAS à partida e pese as fragilidades dos cursos – que até podem ter mais a ver com quem os dá do que com a própria estrutura dos cursos – são pessoas que não estão a ouvir falar das coisas pela primeira vez. Sabem ao que é que vão, à partida, sabem mais ou menos o que têm para fazer e são muito mais facilmente integráveis.” (E7).

“(...) era fundamental que, quando se faz admissão de auxiliares para um hospital, as pessoas tivessem pelo menos algum tempo de integração. Com a formação básica não é possível porque são 1200h, é uma formação já substancial, não é possível fazê-lo porque quando admitimos profissionais é para trabalhar e não se pode fazer isso, daí o ser pela via profissionalizante ou antes de chegar à instituição seria a melhor forma de o fazer.” (E9).

No que respeita aos impactos da medida na atividade das unidades de saúde ou noutros contextos em que o TAS pode atuar, antecipava-se o reforço da capacidade de intervenção

destes trabalhadores, com reflexos positivos na atuação das equipas onde se integram e ao nível da qualidade dos cuidados e segurança dos utentes.

“O aspeto positivo é melhorar o serviço que se presta ao utente, ao cidadão (...), qualificar e melhorar, as pessoas saberem o que fazem, terem conhecimento de porque é que aquilo é assim.” (E2).

“(...) gente com formação é um acrescer de qualidade para o enfermeiro e para o doente. Se o profissional sabe como tratar do doente, se sabe como lhe dá banho na cama, se sabe como lhe dar banho no WC, o enfermeiro está muito mais seguro, tem alguém em quem confia, que sabe o que está a fazer, para o que faz, porque faz.” (E12).

Mesmo em desacordo com algumas das soluções encontradas, os auxiliares envolvidos no processo avaliam a qualificação como positiva, considerando-a um resultado de anos de luta por reconhecimento e dignificação da sua atividade e uma via para reforçar o seu estatuto enquanto trabalhadores da saúde.

“Foi fruto da luta dos atuais trabalhadores desta área, que nunca se contentaram com a situação que tinham e que, de alguma maneira (apesar de ter havido alguma evolução) ainda têm. Não se contentaram, foi uma pressão dos próprios profissionais.” (E2).

“Apesar da discordância com as funções e por consequência daquilo que tinha de redutor para a autonomia de uma possível carreira, a verdade é que se criou a profissão... o resto é conversa, ficou criada, está no catálogo de qualificações e é um instrumento número um, essencial, para se avançar para criação de uma carreira.” (E7).

3.5.2.2 Questões em aberto

A versão final da qualificação é criticada pela inexistência do mecanismo para RVCC dos auxiliares já integrados no mercado de trabalho, bem como pela ausência de medidas para consolidar o seu estatuto profissional, tema que, não sendo objetivo da intervenção, era uma expectativa dos representantes dos auxiliares.

Considerados como insuficiências do documento aprovado, estes dois temas marcaram o período de implementação da qualificação, estando muito presentes na leitura que grande parte dos intervenientes faz sobre os desenvolvimentos na formação e atividade deste

grupo profissional verificados desde a aprovação da qualificação até ao momento das entrevistas, sendo por isso consideradas questões em aberto⁸⁷.

Inexistência de referencial para RVCC

A inexistência de um referencial de RVCC que permitisse aos auxiliares uma via adaptada à sua experiência e percurso profissionais para obtenção de certificado profissional e, em caso de necessidade, do certificado escolar associado, é apontada por todos os entrevistados como a grande insuficiência da qualificação integrada no catálogo.

Os responsáveis pelo processo reconhecem as limitações que esta indefinição trouxe a milhares de trabalhadores, ligando-as a manifestações de insatisfação e de alguma incompreensão face à qualificação. Sem adiantar explicações para o ocorrido, são vários os entrevistados que recordam que a ferramenta estava pronta e que não terá avançado por falta de validação política, algo que o representante do Ministério da Saúde entrevistado não confirma nem desmente.

“Há muita procura das pessoas que estão nos hospitais e centros hospitalares para formalizar esta qualificação e não o podem fazer, o sistema não o permite. A não ser que façam formação, mas se já têm experiência profissional porque é que vão fazer formação? Até porque se gasta um valor disparatado ao Estado... nunca conseguimos integrar isto. E está aonde? Fizemos várias solicitações à tutela da saúde, mas nunca nos responderam afirmativamente. A ACSS também. Não há resposta e não sei bem porquê.” (E6).

“Parámos aí, porque, de facto, não foi possível divulgar nem aprovar o referencial de RVCC. Não podia ser divulgado sem a chancela da tutela e, apesar de ter sido proposto superiormente pela ACSS – porque o foi várias vezes – nunca tivemos autorização da tutela para lhe dar seguimento.” (E8).

⁸⁷ A publicação do referencial RVCC veio a acontecer em 2020, tendo sido seguida pela aprovação, em janeiro de 2021 na Assembleia da República, de um conjunto de propostas que abrem possibilidade à criação de uma carreira de TAS no SNS. Tratando-se de iniciativas que ocorreram após a análise de todas as entrevistas e que ainda não se traduziram em mudanças concretas, considerou-se que não retiram atualidade à reflexão dos intervenientes.

Também os representantes dos enfermeiros constataam os constrangimentos causados aos auxiliares e até ao sistema de saúde pela falta deste referencial, recordando a contradição entre tal facto e os objetivos traçados no início do projeto.

“(...) temos muitos Assistentes Operacionais e muitos Auxiliares de Ação Médica que passaram à designação de AO por via da Lei, que têm anos e anos de exercício e que vieram diretamente da rua, mas estes anos e anos de trabalho traduziram-se do ponto de vista do seu desempenho, em competências e, portanto, qualificá-las ou reconhecê-las faria todo o sentido e essa era uma das propostas.” (E4).

Por seu turno, os representantes dos auxiliares sublinham a desilusão com a não aprovação da medida e, passado cerca de uma década, reiteram a atualidade do tema na sua agenda, insistindo na urgência da aprovação de um referencial RVCC e de medidas que suportem a sua implementação, nomeadamente ao nível do SNS.

“Era uma necessidade como pão para a boca, fica-nos mesmo uma frustração de não conseguir fazer esse bocadinho que é um todo, um bocadinho muito grande. Estão à espera de quê? Extinguir quando vagar? É uma figura que o Estado gosta muito de usar, mas não sei se é a mais bonita.” (E1).

“O que se pretende é que quem está agora a trabalhar veja reconhecidas competências de acordo com o que exerce ou exerceu, com as formações que já obteve – no fundo é reconhecer-lhes competências no trabalho que já fazem para que, havendo necessidade de fazer mais alguma componente mais do lado científico já não tenham de fazer toda esta formação, porque há muitos que já trabalham há 20 ou 30 anos.” (E2).

Falta de medidas para reforço do estatuto dos auxiliares enquanto trabalhadores do setor da saúde

Contemporânea da legislação que pôs fim às carreiras gerais do SNS onde se integrava a categoria de Auxiliar de Ação Médica, a iniciativa lançada pela ACSS e ANQ visava a atualização do CNQ, não se prevendo a fixação ou reposição de qualquer categoria profissional ou carreira para os auxiliares de saúde. Apesar disto, existia entre os auxiliares entrevistados a expectativa de que a definição de um perfil profissional claro e a criação de cursos profissionais fossem acompanhadas destas medidas ou, pelo menos,

que levassem à sua adoção num curto prazo para garantir enquadramento dos técnicos certificados.

A não concretização desta aspiração e a falta de abertura para discutir o tema pelas autoridades de saúde que, dizem, marcou os anos seguintes, são apontados como motivos de insatisfação e desmotivação dos profissionais face à qualificação e até de um sentimento de engano, uma vez que, quase uma década depois, continuava a não existir uma perspetiva de desenvolvimento profissional associada à sua atividade.

“Criou-se a profissão e agora é uma carga de trabalhos para criar a carreira, isto é, para a profissão ter algum efeito. (...). Não foi por nada disso que lutámos e não é disso que o SNS precisa.” (E7).

A reposição de uma categoria profissional ou a criação de uma carreira para enquadrar a sua atividade no SNS continua a ser um ponto em aberto na agenda dos auxiliares, defendido não apenas na perspetiva de valorização dos trabalhadores e da qualidade dos cuidados prestados, mas também como forma de estabelecer um quadro de referência em termos do seu estatuto que sirva de exemplo a seguir pelo setor privado.

“E sem qualificar os atuais, isto é, como se não existisse, quase, porque mesmo os que entram não existem... os outros sectores só criam uma carreira equivalente aos técnicos auxiliares de saúde quando o Ministério da Saúde a criar, porque o privado não vai criar esta carreira sozinho, até porque o Ministério da Saúde orienta tudo o que é recursos humanos na área da saúde e se essa qualificação for exigida no SNS (...) obriga a que todos os outros a tenham, e isto está muito atrasado.” (E2).

A indiferenciação dos auxiliares do SNS em relação aos demais assistentes operacionais, não sendo central na narrativa dos restantes atores, é pontualmente referida como uma questão por resolver. Associado ao tema, surgem referências à necessidade de repensar questões como a sua progressão formativa, pela criação de oferta de formação orientada para áreas específicas da prestação de cuidados ou de cursos de especialização tecnológica com correspondência a um nível 5 dos quadros nacional e europeu de formação⁸⁸.

⁸⁸ Níveis de qualificação especializada não superior.

“Também acho que não está pensado estrategicamente uma fileira formativa (...). Alguém que faz um curso de auxiliar de saúde tem de ter, provavelmente, processos de formação contínua, de adequação ao local de trabalho, porque o curso é um curso de banda larga.” (E5).

Limitações à autonomia dos auxiliares

Sobre os conteúdos do perfil e do referencial de formação, regista-se algum desagrado dos auxiliares com o que referem ter sido uma imposição de limitações ao quadro de autonomia dos Auxiliares de Ação Médica que vigorou até 2008 e que, nos anos seguintes, foi referência para a atividade dos Assistentes Operacionais.

“Aquilo que se verifica na portaria é que todas, mas rigorosamente todas, as funções do TAS estão tipificadas para a supervisão dos enfermeiros e de outros técnicos de saúde, o que é um contrassenso.

É um contrassenso porquê? Porque para ingresso na primeira carreira, a de AAM dos serviços gerais, não havia nenhuma formação exigida. Para TAS já existe e, curiosamente, aumentou a dependência de outras profissões.

Se se vier a criar a carreira de TAS, que irá substituir o AAM extinto em 2008, (...) o que teremos é uma carreira no âmbito técnico profissional, uma carreira equivalente à carreira de assistente técnico na administração pública - a carreira do meio digamos assim - que já é do âmbito claramente técnico profissional e que tem funções mais recuadas do que quando o equivalente anterior existia.” (E7).

Esta perspetiva não é acompanhada pelos restantes atores, nomeadamente pelos responsáveis técnico-políticos e pelos representantes da Ordem dos Enfermeiros, que valorizam a clarificação alcançada como um garante pelo respeito das fronteiras de atuação das profissões reguladas a quem os auxiliares prestam apoio. Na sua ótica, ficaram estabelecidas as condições para a fixação de quadros funcionais dos auxiliares nas diferentes instituições, independentemente da sua natureza jurídica ou setor de atividade, bem como para a prevenção de erros e abuso na delegação de tarefas no contexto das equipas de trabalho.

3.5.2.3 Perspetivas sobre o futuro da qualificação

Além dos ganhos reconhecidos e das questões em aberto acima descritas, com o tempo outros temas ganharam centralidade na leitura que os atores fazem da qualificação, uma

análise que permite aprofundar a compreensão sobre a forma como a medida foi implementada e o futuro da atividade dos auxiliares de saúde. Entre estas questões, sobressaem a necessidade de acompanhamento e avaliação da implementação, a revisão da qualificação e a possibilidade de criação de mecanismos de regulação do acesso ao mercado de trabalho.

Avaliação da implementação da qualificação e sua revisão

Como é descrito no capítulo sobre a criação da qualificação, o acompanhamento da implementação e do desenvolvimento dos referenciais de formação e de RVCC foi planejado e operacionalizado pela ACSS a partir de 2009, através de um projeto que viria a ser descontinuado em 2012. A interrupção desta intervenção é lamentada pelos entrevistados que integraram ambas as iniciativas⁸⁹ e por outros que, não estando diretamente envolvidos, nela depositavam expectativas e reconhecem atualidade aos seus propósitos.

“No final ficou a sensação que podíamos melhorar, mas também a ideia de que precisávamos de a pôr no terreno, um primeiro ano piloto, uma avaliação e no final do ano rapidamente se podiam fazer os ajustes que se considerassem necessários, com os mesmos atores, muitos trariam a experiência das escolas para saber o que funcionou ou não, o que retirar e o que acrescentar ...Acho que ficou esse gostinho amargo, há ainda um caminho a percorrer de melhoria deste referencial.” (E1).

Para lá deste projeto, os entrevistados referem desconhecer outras iniciativas promovidas por organismos do Estado para monitorizar a implementação da qualificação e avaliar os seus resultados⁹⁰, sendo esta uma das lacunas apontadas ao período que se seguiu à introdução do TAS no CNQ.

A criação e operacionalização de mecanismos que envolvam parceiros interessados no acompanhamento e avaliação são tidas como fundamentais para a compreensão das mudanças ocorridas ao nível da educação e formação profissional, no sistema de saúde

⁸⁹ Representantes da ACSS, da ANQ, da Ordem dos Enfermeiros e 2 dos 5 representantes dos auxiliares.

⁹⁰ Os resultados da pesquisa documental efetuada ao longo da investigação são coincidentes com esta perceção, não tendo sido identificados relatórios ou outros documentos que abordem a formação de TAS, nem referência a objetivos ou iniciativas relacionadas com este tema nos planos e relatórios de atividade da ACSS. Os relatórios que o Ministério da Educação produz anualmente, a partir dos dados sobre educação e formação disponíveis no SIGO, também não dão destaque particular a este curso.

ou no mercado de trabalho, afigurando-se como um contributo para a também necessária revisão do perfil profissional do TAS e seu referencial de formação, bem como para ajustes à oferta formativa.

“Eu diria que está na hora de parar e refletir sobre o impacto desta qualificação. Não tenho dúvidas que a mesma necessita de evoluir, porque qualquer qualificação quando é levada à prática, especialmente quando não foi previamente testada – os testes foram estes últimos anos – terá necessidade de evoluir.” (E8).

“Eu não sei se os Conselhos Sectoriais não deveriam, anos depois, voltar a discutir esta qualificação sobretudo com os proponentes, tornando-se também como contribuintes de uma reformulação.” (E10).

A necessidade de uma reflexão sobre a qualidade da formação entretanto criada e a fixação de padrões de qualidade para o funcionamento dos cursos é também salientada. A par das referências à elevada empregabilidade dos TAS⁹¹ e à satisfação das equipas onde estes têm vindo a ser integrados, alguns entrevistados sublinham algum desconhecimento sobre as condições em que a formação está a ser ministrada e questionam as opções de algumas entidades para garantir o treino teórico-prático e o ensino clínico preconizado.

“Eu não tenho dados objetivos, tenho mais as perceções. O que noto, que me é transmitido pelos responsáveis técnicos do curso, é uma satisfação nos hospitais, dos enfermeiros que trabalham com os nossos alunos.” (E10).

“Há um erro que se está a cometer e eu já o disse: isto de ter alunos e de mandá-los estagiar para um dentista...poupem-me! Ou para um laboratório de análises...” (E12).

De acordo com os seus interesses, os auxiliares entrevistados defendem que a revisão da qualificação também deverá servir para reforçar a sua autonomia e expurgar o quadro funcional do TAS de tarefas que consideram desajustadas às funções desempenhadas.

⁹¹ O representante das Escolas Profissionais refere a realização de estudos anuais de empregabilidade aos alunos que concluem os cursos, com acompanhamento ao longo de três anos. Sendo direcionados para todos os alunos, desconhece a utilização dos dados para outros fins que não sejam as estatísticas da educação.

“Mas há outra preocupação: fazer algum acerto no perfil, porque há lá as tais funções com que não estamos de acordo (...) aquelas de ter a responsabilidade da higiene das instalações, isto é que devia ser retirado, para ficarem só as que dizem respeito à prestação de cuidados.” (E12).

Regulação de acesso ao mercado de trabalho

A regulação de acesso ao mercado de trabalho pela fixação da obrigatoriedade de posse de um certificado de TAS como condição para desempenho de funções de auxiliar de saúde é uma questão recorrente na narrativa dos diferentes atores, frequentemente associada à reflexão sobre a importância da qualificação para o sistema de saúde. Ainda sobre medidas de regulação do acesso, alguns dos entrevistados abordaram a pertinência de criação de um registo nacional obrigatório para estes trabalhadores, uma opção que não colhe consenso e que, entre os seus defensores, não é tida como prioritária.

Os representantes dos auxiliares defendem a obrigatoriedade de posse de um certificado profissional para acesso ao posto de trabalho, vendo nessa opção uma aposta na melhoria da prestação de cuidados e no reforço do SNS. Na sua perspetiva, a adoção da medida decorre dos objetivos que orientaram a criação da qualificação, sendo necessário garantir a sua articulação com iniciativas legislativas para valorização do estatuto profissional dos auxiliares de saúde e para acesso dos trabalhadores no ativo a formação ou ao RVCC.

“Devia haver necessidade de formação para aceder a determinadas funções. Isto não quer dizer que não possam existir generalistas, sem formação, que estariam num nível mais baixo de uma cadeia. Mas estes que estão no apoio direto, na prestação direta de cuidados juntamente com outros profissionais têm de ter um mínimo de formação para fazer melhor o seu trabalho de auxiliar o técnico que está com eles, para um melhor cuidado deles próprios, porque têm conhecimentos para a sua própria proteção, e aqui entramos na segurança no trabalho, e um conjunto de coisas em que faz falta eles terem esta formação. Para terem isto como necessidade base de ingresso na profissão, a profissão tem de ser reconhecida como tal.” (E1).

“(...) o Ministério da Saúde tem de fazer disto uma exigência e implementar isto só depende dele neste momento e isso são ganhos para o SNS. E se o SNS contratualiza com privados então também é um ganho nessa área, para que não existam serviços de primeira, de segunda ou de terceira.” (E2).

“Entendemos duas coisas: que essa formação seja obrigatória para admissão aos hospitais ou às instituições de saúde, que seja obrigatória, tal como na enfermagem: primeiro faz o curso e depois arranja emprego. E que seja o mais rápido possível, porque (...) gente com formação é um acrescer de qualidade para o enfermeiro e para o doente.” (E12).

Quanto ao registo obrigatório, não se verifica o mesmo alinhamento de posições. Dos argumentos em desfavor da medida destaca-se a ideia de que esta implicaria a criação de entraves desnecessários ao acesso à atividade, enquanto que os seus apoiantes vêm no registo a possibilidade de conhecer melhor o contingente de auxiliares disponível, com implicações na sua gestão e planeamento.

“Não creio que houvesse necessidade de um registo tipo carteira profissional, que é dada pela certificação que é conferida na formação e essa seria a exigência, não acho que haja necessidade de se pôr alguma entidade a regular o acesso a essas profissões, isso poderia colocar problemas nesse acesso e no número de pessoas que teria direito a ele.” (E1).

“Acho que é essencial saber quem se tem para se ir buscar quando for preciso. É fundamental e o governo devia criar mecanismo no sentido de todas as escolas dizerem quem formaram, quando formaram.” (E7).

“Concordo plenamente que haja um registo nacional, porque num hospital motoristas, eletricitas... Tudo são Assistentes Operacionais. Agora era um trabalho importantíssimo que se fizesse [registo] daqueles que estão em contacto direto com o doente, que será na ordem dos 80%... daquilo que conhecemos, na ordem dos 80%... e eu aí fazia uma separação já: os que têm o curso de TAS e os que não têm.” (E11).

Os responsáveis técnicos e políticos são perentórios ao afirmar que os objetivos estabelecidos para o processo de criação da qualificação não contemplavam a adoção de medidas para regular o acesso à atividade. Tal perspetiva é secundada pelos representantes da Ordem dos Enfermeiros, que recordam um processo orientado para a fixação de um perfil profissional que, por ser definidor de competências, atribuições e responsabilidades, servia o propósito de regulação da atividade e da formação, não

cabendo aos participantes tomar decisões sobre o estatuto profissional e regulação do acesso.

“Na altura o que se entendeu (e foi defendido) foi a criação de uma qualificação para a inserir posteriormente no Catálogo Nacional de Qualificações, para poder ser uma referência, não de carácter obrigatório – porque sabemos que o catálogo não tinha esse objetivo, mas de carácter orientador para os organismos do setor.” (E8).

No entanto, nenhum destes responsáveis técnico-políticos e enfermeiros rejeita a possibilidade de virem a ser adotadas medidas desta natureza, considerando legítimas as expectativas dos auxiliares para que tal aconteça e alertando para o facto de tal opção não poder ser dissociada de alterações ao estatuto destes trabalhadores. Dos cinco entrevistados, há dois que se alongam um pouco na reflexão sobre a temática, considerando que eventuais mudanças só devem ocorrer após avaliação de impacto da qualificação e no quadro de uma estratégia mais ampla para os recursos humanos da saúde e para os sistemas de saúde, que também contemple os cuidados a pessoas dependentes na comunidade.

“A minha opinião é que fazer por fazer não, mas isto inscrever-se-ia numa estratégia um bocadinho mais ampla (...).

Há uma viragem estratégica que é preciso fazer e para fazê-la é preciso saber que recursos há. Poderíamos ter auxiliares de saúde numa determinada cidade ou bairro ou concelho, coordenados por um enfermeiro, a fazer apoio de orientação de atividades de vida a pessoas que não têm doença, têm dificuldades da velhice, têm necessidade de alguém que os assista para realização de algumas atividades, e isto continua na área do profissional, isto é um cuidador formal... não é um profissional de saúde autorregulado, é um cuidador neste sentido de ter sido formado para ser.” (E5).

“A regulamentação da formação no âmbito do setor, nós entendemos que sim e conseguimos demonstrar que seria útil e eventualmente necessária. Igual processo teria de ser feito para acesso à atividade. Mas aí já há necessidade de trabalho de terreno, por exemplo, levantamento de indicadores de rotatividade, de resultados, de problemas ocorridos nas práticas destes profissionais, tratamento e análise da natureza das queixas/reclamações dos utentes. (...) teria de ser um grande

levantamento e um estudo muito focalizado nos impactos, com eventual recurso a estudos comparativos de um grupo de controlo e grupo de profissionais qualificados que já estão no sistema (ex., TAS já contratados), para verificar eventuais diferenças de atuação nuns e noutros contextos.” (E8).

A defesa de medidas de regulação no acesso também está presente no discurso do representante das entidades empregadoras e das escolas profissionais, que estabelecem a ligação entre a exigência de qualificação, a empregabilidade dos TAS e a qualidade dos cuidados.

“É também fundamental, isso aí não tenho a mínima dúvida, exigir um nível de qualificação mínima que permita a essas pessoas poderem trabalhar nesse âmbito, não só porque lhes permite diferenciarem-se no mercado de trabalho, mas também por uma questão de segurança (...)” (E3).

3.5.3 Formação de Técnicos Auxiliares de Saúde entre 2011 e 2018

Publicado em 2010, o referencial de formação do Técnico Auxiliar de Saúde permitiu a disponibilização, a partir de 2011, de formação inicial para auxiliares de saúde em escolas (secundárias e profissionais) associadas à rede de ensino e em centros de formação ligados aos serviços de emprego e formação profissional. A Tabela 38 resume esta oferta formativa, já descrita em secção anterior deste capítulo de resultados.

Nas próximas páginas será abordada a forma como a medida foi implementada e os seus resultados de curto prazo, através da análise descritiva de dados relativos aos formandos que iniciaram e concluíram o curso de TAS desde a abertura dos primeiros cursos, em 2011, até ao final do ano de 2018, nomeadamente a dimensão e composição por sexo destes contingentes, a modalidade de formação frequentada e sua distribuição pelo território.

Tabela 38 - Modalidades de formação em que se processa a oferta do curso de Técnico Auxiliar de Saúde

Público Alvo	Modalidade de Formação		Condições de acesso	Duração do curso
Jovens	Rede Escolar	Cursos Profissionais	- 9º ano completo - Até 20 anos de idade	- 3 anos
	Serviços de emprego e formação profissional	Cursos de Aprendizagem	- 9º ano completo - Até 25 anos de idade	
Adultos	Rede Escolar	Cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA)	- 18 anos ou mais - 9º ano completo (dupla certificação) - 12º ano completo (Apenas certificação profissional)	- Certificação profissional duração mínima de 40 semanas - Cursos de dupla certificação: duração não inferior a 12 meses
	Serviços de emprego e formação profissional			

Fontes: da Silva et Al.; Governo de Portugal (16,120,220)

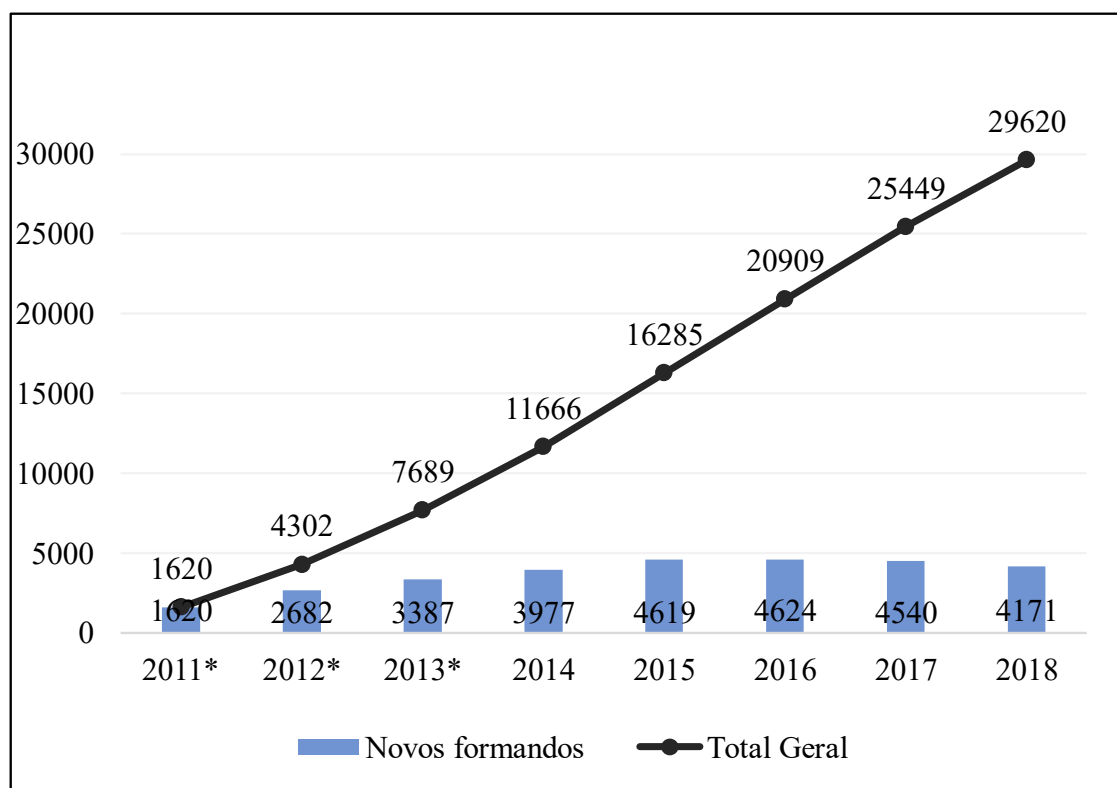
3.5.3.1 Formandos que iniciaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde (2011-2018)

De acordo com os dados disponíveis, entre 2011 e 2018, pelo menos 29.620 formandos iniciaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde nas diferentes modalidades em que este se encontra disponível. Note-se que esta é uma aproximação ao número total dos que começaram o percurso formativo neste período, uma vez que parte das entradas nos cursos destinados a jovens que se iniciaram entre 2011 e 2013 estão indisponíveis, tendo sido estimados valores a partir de dados de 2013 e 2014, o que dificulta análises mais aprofundadas.

A Tabela 39 e a Tabela 40 reúnem elementos sobre os formandos que iniciaram o curso em cada um dos anos deste intervalo, nomeadamente a sua distribuição por sexo, modalidade de formação frequentada e distribuição no território (NUTS II). Constatou-se o estabelecimento de uma oferta formativa regular, traduzida pela abertura continuada de cursos TAS destinados a jovens na rede escolar em todo o país, bem como de cursos de aprendizagem para jovens e de Educação e Formação de Adultos, disponibilizados pelos serviços de emprego e formação profissional, estando esta oferta centrada no território continental.

Tal como a Figura 29 ilustra, houve um crescimento anual no número de novos formandos de 2011 a 2016, ano com o maior número de entrada (n=4624), seguido de uma

diminuição ligeira dos ingressos, que poderá indiciar uma certa estabilização no número de vagas.



Legenda: * Valor estimado pelo autor a partir do número de formandos inscritos no 2º e 3º anos do curso em 2013 (rede escolar) e dos formandos registados no final de 2014 nos cursos da rede de centros associados aos serviços de emprego e formação profissional.

Fontes: Dados relativos aos formandos que iniciaram curso de TAS nos centros associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP, SRECTGRM e SRECTGRA.

Figura 29 - Número de formandos que incitaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (total por ano e cumulativo)

Tabela 39 - Formandos que iniciaram curso de Técnico Auxiliar de Saúde na rede escolar entre 2011 e 2018, por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II).

INICIARAM FORMAÇÃO TAS			Rede Escolar													
NUTS II			Norte		Centro		AML		Alentejo		Algarve		RAA		RAM	
ANO	TOTAL		Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos
2011	TOT	13.88 (*)	673 (1)	(-)	409 (1)	(-)	141 (1)	(-)	94 (1)	(-)	44 (1)	(-)	(-)	(-)	27	(-)
	H	314	129	(-)	101	(-)	34	(-)	37	(-)	8	(-)	(-)	(-)	5	(-)
	M	1.074	544	(-)	308	(-)	107	(-)	57	(-)	36	(-)	(-)	(-)	22	(-)
2012	TOT	10.66 (*)	502 (1)	(-)	195 (1)	(-)	242 (1)	(-)	47 (1)	(-)	40 (1)	(-)	(-)	(-)	40	(-)
	H	237	105	(-)	41	(-)	63	(-)	7	(-)	11	(-)	(-)	(-)	10	(-)
	M	829	397	(-)	154	(-)	179	(-)	40	(-)	29	(-)	(-)	(-)	30	(-)
2013	TOT	1.241	514	(-)	299	(-)	269	(-)	12	(-)	23	(-)	47	(-)	77	(-)
	H	344	131	(-)	80	(-)	86	(-)	1	(-)	7	(-)	16	(-)	23	(-)
	M	897	383	(-)	219	(-)	183	(-)	11	(-)	16	(-)	31	(-)	54	(-)
2014	TOT	2.584	1.163	(-)	546	8	422	37	138	(-)	138	(-)	73	(-)	59	(-)
	H	487	210	(-)	100	3	64	2	34	(-)	35	(-)	22	(-)	17	(-)
	M	2.097	953	(-)	446	5	358	35	104	(-)	103	(-)	51	(-)	42	(-)
2015	TOT	2.763	1.153	19	543	52	489	62	192	(-)	114	(-)	68	(-)	71	(-)
	H	540	200	7	103	7	85	14	68	(-)	24	(-)	17	(-)	15	(-)
	M	2.223	953	12	440	45	404	48	124	(-)	90	(-)	51	(-)	56	(-)
2016	TOT	2.359	1.006	(-)	555	(-)	451	48	139	(-)	64	(-)	18	(-)	66	12
	H	492	158	(-)	124	(-)	117	13	40	(-)	16	(-)	4	(-)	20	0
	M	1867	848	(-)	431	(-)	334	35	99	(-)	48	(-)	14	(-)	46	12
2017	TOT	2.543	1.061	7	607	29	476	26	142	(-)	111	(-)	61	(-)	23	(-)
	H	515	221	1	113	5	94	5	25	(-)	34	(-)	17	(-)	0	(-)
	M	2.028	840	6	494	24	382	21	117	(-)	77	(-)	44	(-)	23	(-)
2018	TOT	2.362	1.091	(-)	427	(-)	394	68	186	(-)	84	(-)	43	(-)	69	(-)
	H	465	230	(-)	77	(-)	73	10	41	(-)	18	(-)	6	(-)	10	(-)
	M	1.897	861	(-)	350	(-)	321	58	145	(-)	66	(-)	37	(-)	59	(-)

Legenda: AML: Área Metropolitana de Lisboa; RAA: Região Autónoma dos Açores; RAM: Região Autónoma da Madeira.

(*) valor estimado pelo autor a partir do (1) número de formandos inscritos no 2º e 3º anos do curso em 2013.

(-) Não há registo de inscrições neste ano e/ou modalidade de formação.

Fontes: Dados relativos aos formandos inscritos no curso de TAS na rede escolar disponibilizados pela DGEEC, SRECTGRA e SRECTGRM.

Tabela 40 - Formandos que iniciaram curso de Técnico Auxiliar de Saúde nos centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional entre 2011 e 2018 por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II).

INICIARAM FORMAÇÃO TAS			Serviços de Emprego e Formação Profissional													
NUTS II			Norte		Centro		AML		Alentejo		Algarve		RAA		RAM	
ANO	TOTAL		Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos
2011	TOT	232	(-)	(-)	(-)	104	(-)	94	(-)	19	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	15
	H	39	(-)	(-)	(-)	12	(-)	22	(-)	2	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	3
	M	193	(-)	(-)	(-)	92	(-)	72	(-)	17	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	12
2012	TOT	1.616 (*)	285 (1)	360	119 (1)	331	58 (1)	213	(-)	171	7 (1)	72	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	314	95	45	38	38	19	49	(-)	18	1	11	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.302	190	315	81	293	39	164	(-)	153	6	61	(-)	(-)	(-)	(-)
2013	TOT	2.146 (*)	285 (1)	673	119 (1)	325	58 (1)	332	(-)	243	7 (1)	104	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	428	95	116	38	45	19	52	(-)	44	1	18	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.718	190	557	81	280	39	280	(-)	199	6	86	(-)	(-)	(-)	(-)
2014	TOT	1.393	235	459	140	178	53	173	(-)	60	22	73	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	270	58	82	46	21	14	24	(-)	4	6	15	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.123	177	377	94	157	39	149	(-)	56	16	58	(-)	(-)	(-)	(-)
2015	TOT	1.856	285	524	81	225	151	244	20	201	30	95	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	367	78	92	23	48	23	38	10	25	9	21	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.489	207	432	58	177	128	206	10	176	21	74	(-)	(-)	(-)	(-)
2016	TOT	2.265	191	921	65	346	55	328	1	213	51	94	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	438	51	168	12	59	11	50	1	47	19	20	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.827	140	753	53	287	44	278	0	166	32	74	(-)	(-)	(-)	(-)
2017	TOT	1.997	195	676	139	254	100	371	37	169	30	26	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	419	75	114	34	42	23	57	22	27	13	12	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.578	120	562	105	212	77	314	15	142	17	14	(-)	(-)	(-)	(-)
2018	TOT	1.809	101	520	89	340	68	378	21	221	(-)	71	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	351	32	100	24	61	18	50	9	40	(-)	17	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.458	69	420	65	279	50	328	12	181	(-)	54	(-)	(-)	(-)	(-)

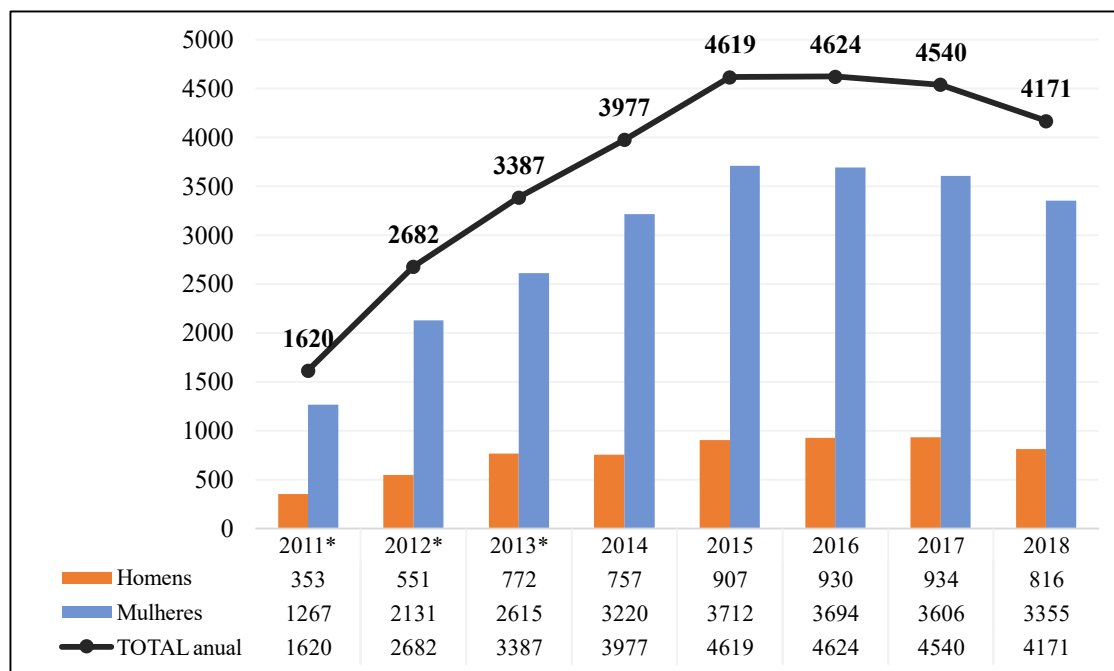
Legenda: AML: Área Metropolitana de Lisboa; RAA: Região Autónoma dos Açores; RAM: Região Autónoma da Madeira.

(*) valor estimado pelo autor a partir do (1) número de formandos que, no final de 2014, estavam registados nos cursos da rede de centros associados aos serviços de emprego e formação profissional.

(-) Não há registo de inscrições neste ano e/ou modalidade de formação.

Fontes: Dados relativos aos formandos que iniciaram curso de TAS nos centros associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP, SRECTGRA e SRECTGRM.

Entre os formandos que iniciaram o curso, a grande maioria era do sexo feminino (79,78% do total), predominância que se verificou em todos os anos do intervalo (Figura 30).



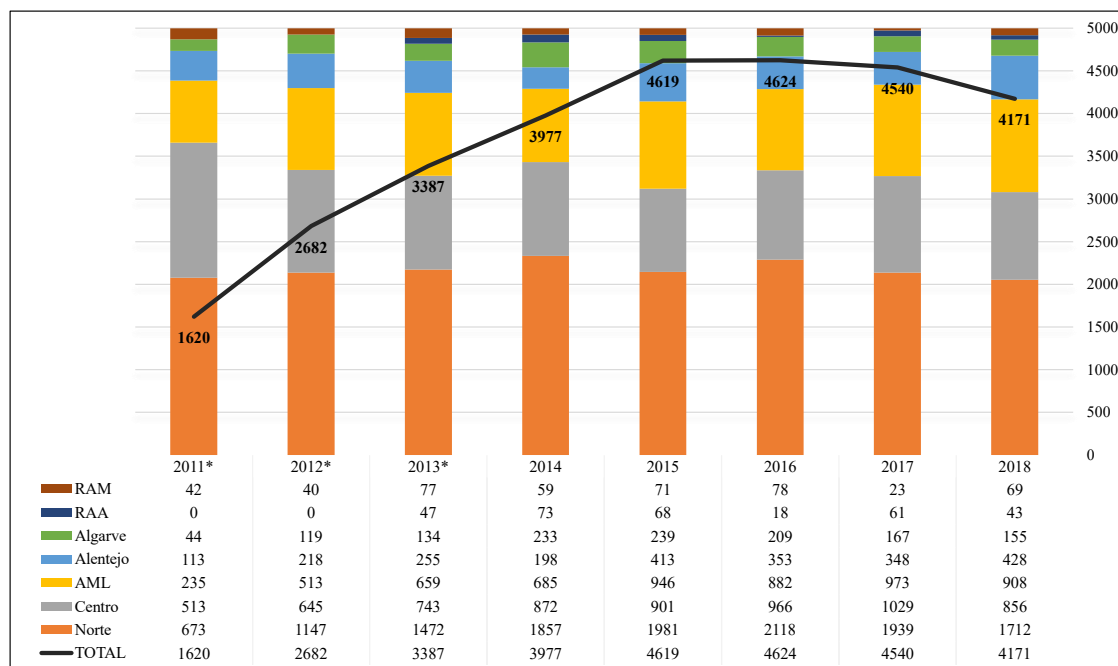
Legenda: * Valor estimado pelo autor a partir do número de formandos inscritos no 2º e 3º anos do curso em 2013 (rede escolar) e dos formandos registados no final de 2014 nos cursos da rede de centros associados aos serviços de emprego e formação profissional.

Fontes: Dados relativos aos formandos que iniciaram curso de TAS nos centros associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEF, SRECTGRA e SRECTGRM.

Figura 30 - Formandos que iniciaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e sexo)

A análise da evolução do número de novos formandos por região (Figura 31) permite constatar que foi na região Norte que se registaram mais entradas no curso em todos os anos, correspondendo o somatório desta região a 43,55% do total de novos inscritos no período em análise. Segue-se a região Centro (22,03% do total), que só foi ultrapassada em novos formandos pela Área Metropolitana de Lisboa (19,58%, do total) nos anos de 2015 e 2018.

O Alentejo foi a quarta região em número total de novos formandos (7,85%), sendo ultrapassada pelo Algarve (4,39% do total) só no ano de 2014. A Região Autónoma da Madeira foi a quinta em número total de novos formandos (1,55%), sendo ultrapassada pela Região Autónoma dos Açores (1,05%) em 2014 e 2017.



Legenda: AML: Área Metropolitana de Lisboa; RAA: Região Autónoma dos Açores; RAM: Região Autónoma da Madeira.

* Valor estimado pelo autor a partir do número de formandos inscritos no 2º e 3º anos do curso em 2013 (rede escolar) e dos formandos registados no final de 2014 nos cursos da rede de centros associados aos serviços de emprego e formação profissional.

Fontes: Dados relativos aos formandos que iniciaram curso de TAS na rede escolar e nos centros associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP, SRECTGRA e SRECTGRM.

Figura 31 - Formandos que iniciaram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e região)

Modalidade de formação frequentada pelos novos inscritos

A maioria dos formandos que iniciaram o curso TAS ao longo deste período (64,27%) fê-lo em cursos destinados a jovens. A Tabela 41 sintetiza a distribuição de novos formandos por oferta formativa, permitindo constatar que a rede escolar acolheu 55,05% do total, sobretudo os mais jovens, ao passo que os centros de formação ligados aos serviços de emprego e formação profissional garantiram 44,95% das vagas, maioritariamente em cursos de EFA.

Tabela 41 - Formandos que iniciaram Curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018, por sexo e modalidade de formação frequentada

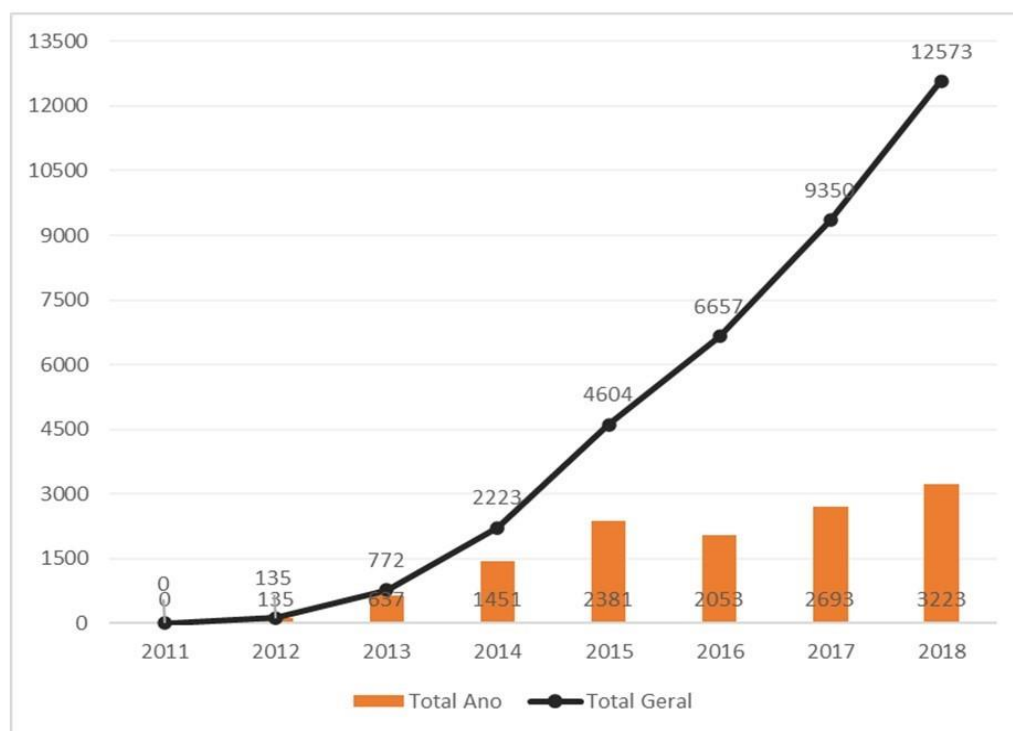
Modalidade de Formação		TOTAL		Mulheres		Homens	
		n	%	n	%	n	%
Jovens	Rede Escolar (*)	15.938	53,81%	12.611	42,58%	3.327	11,23%
	Serviços Emprego e Formação Profissional (*)	3.098	10,46%	2.181	7,36%	917	3,10%
Adultos	Rede Escolar	368	1,24%	301	1,02%	67	0,23%
	Serviços Emprego e Formação Profissional (*)	10.216	34,49%	8.507	28,72%	1.709	5,77%
TOTAL		29.620	100%	23.600	79,68%	6.020	20,32%

Legenda: (*) Valor estimado pelo autor a partir do número de formandos inscritos no 2º e 3º anos do curso em 2013 (rede escolar) e dos formandos registados no final de 2014 nos cursos da rede de centros associados aos serviços de emprego e formação profissional.

Fontes: Dados relativos aos formandos que iniciaram curso de TAS na rede escolar e nos centros associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP, SRECTGRA e SRECTGRM.

3.5.3.2 Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde (2012 – 2018)

Entre 2012, ano em que terminaram os primeiros cursos TAS, e o final de 2018 há registo de 12.573 formandos a concluir o percurso formativo e a obter o certificado profissional de Técnico Auxiliar de Saúde, tendo-se verificado um aumento anual progressivo no número de TAS formados, apenas interrompido em 2016 (Figura 32).



Fontes: Dados relativos aos formandos que concluíram curso de TAS na rede escolar e nos centros associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP, SRECTGRA e SRECTGRM.

Figura 32 - Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e valor acumulado)

O contingente de TAS formado neste período tem uma dimensão equivalente a 1/3 dos 37.341 auxiliares de saúde ao serviço dos hospitais portugueses e de outras entidades privadas em 2018⁹². Dada a indisponibilidade de evidência sobre as qualificações destes trabalhadores ou sobre a trajetória dos TAS certificados no mercado de trabalho, não é possível determinar quantos dos AS em funções eram, de facto, TAS certificados.

A Tabela 42 e a Tabela 43 reúnem informação sobre os TAS que concluíram formação inicial a cada ano, nomeadamente a sua distribuição por sexo, modalidade de formação frequentada e no território (NUTS II), ao passo que a Tabela 44 condensa elementos para todo o período em análise.

⁹² Como descrito no subcapítulo 3.2

Tabela 42 - Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde na rede escolar entre 2012 e 2018, por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II)

CONCLUIRAM FORMAÇÃO TAS			REDE ESCOLAR													
NUTS II			Norte		Centro		AML		Alentejo		Algarve		RAA		RAM	
ANO	TOTAL		Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos
2012	TOT	(N/A)														
	H															
	M															
2013	TOT															
	H															
	M															
2014	TOT	274	188	(-)	35	(-)	(-)	(-)	33	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	18	(-)
	H	44	28	(-)	6	(-)	(-)	(-)	8	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	2	(-)
	M	230	160	(-)	29	(-)	(-)	(-)	25	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	16	(-)
2015	TOT	1.098	589	(-)	214	7	171	35	37	(-)	15	(-)	(-)	(-)	30	(-)
	H	172	91	(-)	31	3	25	9	5	(-)	2	(-)	(-)	(-)	6	(-)
	M	926	498	(-)	183	4	146	26	32	(-)	13	(-)	(-)	(-)	24	(-)
2016	TOT	1.068	525	(-)	297	(-)	153	10	(-)	(-)	7	(-)	37	(-)	39	(-)
	H	205	90	(-)	57	(-)	27	1	(-)	(-)	1	(-)	27	(-)	2	(-)
	M	863	435	(-)	240	(-)	126	9	(-)	(-)	6	(-)	10	(-)	37	(-)
2017	TOT	1.732	910	(-)	350	(-)	250	(-)	111	(-)	43	(-)	33	(-)	35	(-)
	H	267	133	(-)	52	(-)	36	(-)	25	(-)	7	(-)	7	(-)	7	(-)
	M	1.465	777	(-)	298	(-)	214	(-)	86	(-)	36	(-)	26	(-)	28	(-)
2018	TOT	1.945	967	6	423	4	259	9	132	(-)	59	(-)	44	(-)	42	(-)
	H	283	138	(-)	63	1	33	2	25	(-)	5	(-)	9	(-)	7	(-)
	M	1.662	829	6	360	3	226	7	107	(-)	54	(-)	35	(-)	35	(-)

Legenda: AML: Área Metropolitana de Lisboa; RAA: Região Autónoma dos Açores; RAM: Região Autónoma da Madeira.

(NA) Não se Aplica (primeiros cursos que decorreram na rede escolar terminaram em 2014).

(-) Não há registo de inscrições neste ano e/ou modalidade de formação.

Fontes: Dados relativos aos formandos que concluíram curso de TAS na rede escolar disponibilizados pela DGEEC, SRECTGRA e SRECTGRM.

Tabela 43 - Formandos que concluíram curso de Técnico Auxiliar de Saúde nos centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional entre 2012 e 2018 por sexo, oferta formativa frequentada (destinada a jovens ou adultos) e região (NUTS II)

CONCLUIRAM FORMAÇÃO TAS			Serviços de Emprego e Formação Profissional													
NUTS II			Norte		Centro		AML		Alentejo		Algarve		RAA		RAM	
ANO	TOTAL		Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos	Jovens	Adultos
2012	TOT	135	(-)	(-)	(-)	135	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	17	(-)	(-)	(-)	17	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	118	(-)	(-)	(-)	118	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
2013	TOT	637	(-)	145	(-)	191	(-)	163		87	(-)	38	(-)	(-)	(-)	13
	H	86	(-)	12	(-)	19	(-)	37	(-)	5	(-)	10	(-)	(-)	(-)	3
	M	551	(-)	133	(-)	172	(-)	126	(-)	82	(-)	28	(-)	(-)	(-)	10
2014	TOT	1.177	116	378	27	190	26	206	(-)	154	(-)	80	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	197	34	63	9	24	9	26	(-)	22	(-)	10	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	980	82	315	18	166	17	180	(-)	132	(-)	70	(-)	(-)	(-)	(-)
2015	TOT	1.283	341	389	127	156	18	146	(-)	92	(-)	14	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	252	108	58	37	22	2	16	(-)	8	(-)	1	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.031	233	331	90	134	16	130	(-)	84	(-)	13	(-)	(-)	(-)	(-)
2016	TOT	984	105	344	72	112	51	185	(-)	86	(-)	29	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	151	22	53	21	14	8	24	(-)	4	(-)	5	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	833	83	291	51	98	43	161	(-)	82	(-)	24	(-)	(-)	(-)	(-)
2017	TOT	961	117	310	38	192	38	136	0	73	17	40	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	151	33	33	9	33	5	16	0	10	5	7	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	810	84	277	29	159	33	120	0	63	12	33	(-)	(-)	(-)	(-)
2018	TOT	1.278	131	511	8	204	35	261	21	84	3	20	(-)	(-)	(-)	(-)
	H	219	26	86	4	33	4	35	14	12	1	4	(-)	(-)	(-)	(-)
	M	1.059	105	425	4	171	31	226	7	72	2	16	(-)	(-)	(-)	(-)

Legenda: AML: Área Metropolitana de Lisboa; RAA: Região Autónoma dos Açores; RAM: Região Autónoma da Madeira.

(-) Não há registo de inscrições neste ano e/ou modalidade de formação.

Fontes: Dados relativos aos formandos que concluíram curso de TAS na rede de centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP e SRECTGRM.

A maioria dos TAS formados até 2018 era do sexo feminino (83,74% do total), tendo o número de mulheres que concluíram o curso sido maioritário em todos os anos, em todas as regiões do país e em todas as modalidades de formação.

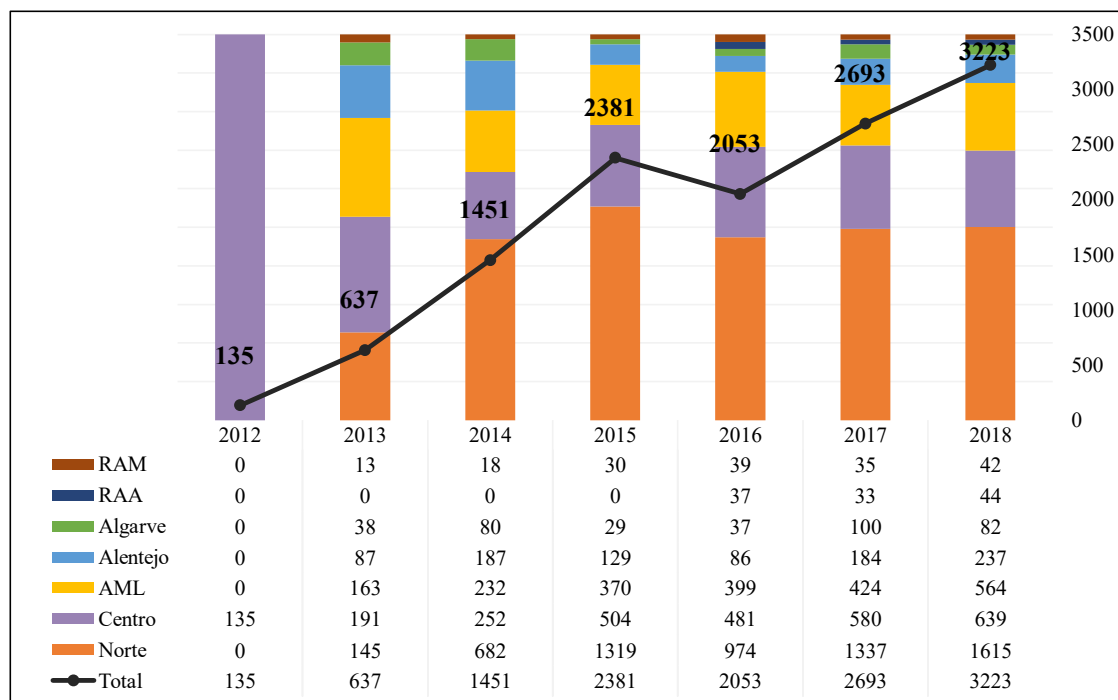
Os cursos profissionais da rede escolar foram a modalidade de formação frequentada por 48,09% dos TAS, seguindo-se os cursos EFA nos serviços de emprego e formação profissional. Note-se que, apesar de maioritários, só em 2014 se regista disponibilidade de TAS que frequentaram cursos destinados a jovens, ano em que terminaram os cursos iniciados em 2011.

Tabela 44 - Formandos que concluíram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por sexo e modalidade de formação frequentada)

Modalidade de Formação		TOTAL		Mulheres		Homens	
		N	%	n	%	n	%
Jovens	Rede Escolar (*)	6046	48,09%	5.091	40,49%	955	7,60%
	Serviços Emprego e Formação Profissional	1.292	10,28%	941	7,48%	351	2,79%
Adultos	Rede Escolar	71	0,56%	55	0,44%	16	0,13%
	Serviços Emprego e Formação Profissional	5.164	41,07%	4.442	35,33%	722	5,74%
TOTAL		12.573	100%	10.529	83,74%	2.044	16,26%

Fontes: Dados relativos aos formandos que concluíram curso de TAS na rede escolar e na rede de centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP, SRECTGRA e SRECTGRM.

Atendendo à distribuição geográfica, verifica-se que 48,29% do total de TAS formados ao longo deste período concluiu o seu curso em instituições situadas na região Norte, seguindo-se a região Centro (22,13% dos formados) e a Área Metropolitana de Lisboa (17,12%). Ao observar o número de novos TAS por ano constata-se que a região Norte só não registou o maior número de novos formados em 2012 e 2013 (Figura 33).



Fontes: Dados relativos aos formandos que concluíram curso de TAS na rede escolar e na rede de centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional disponibilizados pela DGEEC, IEFP, SRECTGRA e SRECTGRM.

Figura 33 - Formandos que concluíram o curso de Técnico Auxiliar de Saúde entre 2011 e 2018 (por ano e região)

4. Considerações finais

Neste capítulo são apresentados um conjunto de considerações sobre a investigação realizada e os seus resultados, bem como as principais conclusões da tese. Para tal, será feita uma revisitação dos principais resultados, enquadrada pelo modelo teórico da investigação (Figura 4, página 27) e pela síntese de evidência sobre o perfil, a atividade e a formação de auxiliares de saúde na Europa resultante da revisão de literatura conduzida na fase preliminar da investigação (Figura 13, página 60).

O capítulo divide-se em três partes: a primeira é relativa ao contributo inovador e original da investigação para a compreensão do objeto de estudo (os auxiliares de saúde em Portugal); a segunda aborda o cumprimento dos objetivos propostos para a tese e a terceira centra-se na adequação do modelo teórico de referência adotado na investigação.

4.1 Contributo inovador e original para o conhecimento do objeto de estudo.

Realçamos seis conclusões inovadoras relativas aos auxiliares de saúde em Portugal, sobre as quais serão tecidas algumas considerações.

O percurso dos auxiliares de saúde em Portugal está intimamente ligado à evolução do sector público do sistema de saúde

Os auxiliares de saúde têm um percurso longo na história do sistema de saúde português. Este percurso acompanha no tempo o de outras profissões e foi muito moldado pelo que se foi passando no setor público, resultado da posição central que este ocupa no sistema de saúde e da própria génese do sistema de carreiras dos trabalhadores da saúde, uma vez que o regulamento geral dos hospitais de 1968, que instituiu a criação de carreiras nos “hospitais oficiais”, determinou que as instituições dos setores privado e social deveriam acompanhar a prática adotada no setor público.

Esta relação histórica entre o desenvolvimento das carreiras dos profissionais de saúde e o desenvolvimento do setor público foi central na definição das fronteiras regulatórias das profissões a quem os auxiliares de saúde prestam apoio, em particular da enfermagem. Tal facto contribuiu decisivamente para que a evolução do perfil, das competências e responsabilidades dos auxiliares, bem como dos seus níveis de autonomia, tenha decorrido num quadro de relativa estabilidade e sem a introdução de elementos de

mudança substancial na arquitetura da força de trabalho ou de rutura com as relações hierárquicas e de poder estabelecidas entre este e outros grupos profissionais.

Considerando que o processo de profissionalização dos demais grupos profissionais na saúde foi, e tem sido, marcado por tensões sucessivas, pautadas por avanços e recuos nos modelos de organização do trabalho em saúde – por exemplo entre enfermagem e tecnologias da saúde em relação à medicina –, o quadro de relativa estabilidade e ausência de rutura com as relações hierárquicas e de poder envolvendo os auxiliares de saúde denota que o conteúdo do seu trabalho não é considerado como socialmente relevante para os demais grupos profissionais, pelo que o conteúdo das suas funções representa na prática o significado teórico do “trabalho delegado”.

Apesar da proximidade, identificam-se particularidades nos percursos dos auxiliares nos diferentes setores do sistema de saúde

Embora a qualificação de TAS fixe um perfil profissional com uma designação comum e um quadro de referência para a atividade dos auxiliares de saúde, ainda se identificam múltiplas designações para estes trabalhadores nas carreiras dos diferentes setores, bem como indefinições sobre as suas funções e estatuto enquanto trabalhadores do setor da saúde. Tal facto é resultado das diferenças que, apesar da influência do setor público acima descrita, marcaram o percurso dos auxiliares de saúde nos setores público, social e privado ao longo das últimas décadas.

No setor público, a definição do perfil e da atividade dos auxiliares de saúde foi-se consolidando e clarificando ao longo de três décadas, num percurso pautado por mudanças influenciadas por fatores de contexto estrutural (ciclos políticos, sistema de saúde, políticas de educação e formação), fatores exógenos ou de contexto internacional (destacando-se a integração na União Europeia) e por atores (especialmente auxiliares, enfermeiros e decisores) que procuraram condicionar os processos de acordo com as suas agendas.

Este trajeto de clarificação foi interrompido em 2008, com a perda de uma designação profissional própria e de um quadro de funções claramente definido, em resultado do fim da carreira de AAM e da integração destes trabalhadores na categoria genérica de AO. Tais mudanças contribuíram para acentuar a invisibilidade dos auxiliares de saúde, criando um cenário de indefinição potenciador de desequilíbrios de poder nas relações de

Considerações finais

trabalho nas equipas, tornando-os mais vulneráveis à arbitrariedade na atribuição de tarefas ou na possibilidade de acederem a formação. Nem o surgimento da qualificação de TAS veio alterar esta perda de reconhecimento.

Nas instituições do setor social o percurso dos auxiliares foi muito similar ao do setor público. Apesar da proximidade que ainda se verifica e da falta de consenso em torno do primeiro referencial nacional para enquadrar a atividade destes trabalhadores, de 2004, este descritivo de atividade e competência constituiu uma base para a introdução nas carreiras deste setor de algumas opções distintas das adotadas no setor público.

O percurso dos auxiliares no setor privado é aquele que mais se distancia das opções que foram sendo feitas no setor público. Ao longo dos tempos, as categorias profissionais e quadro de funções adotados pelas instituições acompanharam os descritivos estabelecidos pela classificação nacional das profissões e, depois de 2004, o perfil profissional integrado no Sistema Nacional de Certificação Profissional.

A oferta formativa criada tem um padrão elevado, mas não assenta numa perspetiva geral do mercado de trabalho da saúde nem numa conceção estratégica dos RHS

Entre 1971 e 2010 surgiram quatro quadros de referência para a regulamentar a formação dos auxiliares de saúde, dois orientados para o setor público (1972 e 1989) e dois de âmbito geral (2005, nunca implementado, e 2010). Até ao aparecimento do TAS, a formação de auxiliares era uma responsabilidade das instituições de saúde, marcada por desequilíbrios na oferta, desconsiderando as necessidades do mercado de trabalho.

Com a integração do TAS no CNQ, em 2010, Portugal passou a dispor de um quadro de referência nacional para atividade e formação de auxiliares de saúde de todos os setores de atividade, que permitiu estabelecer uma oferta formativa articulada com os sistemas de ensino e formação profissional em todo o território nacional, aligeirando as instituições de saúde de parte da responsabilidade relativa à formação inicial.

Além de aceite entre os atores envolvidos na sua criação, ponto de partida para uma aceitação mais alargada, este quadro de referência veio responder a necessidades sentidas, mas não sistematizadas, dos auxiliares de saúde, dos enfermeiros e demais prestadores de cuidados de saúde do país e vai ao encontro de necessidades e desafios que se colocam a outros sistemas de saúde da Europa.

Considerações finais

A formação feita desde 2011 é modelada a nível regional e local através de um mecanismo de antecipação de necessidades do mercado de trabalho, num processo que envolve autoridades de diversos setores, bem como agentes económicos e entidades com especial interesse nesta matéria. Não sendo de excluir a participação das autoridades de saúde e de representantes do SNS nestes mecanismos regionais, não foi possível identificar, ao nível do planeamento de RHS que o Ministério da Saúde realiza, orientações para modelação da oferta formativa de TAS de uma perspetiva estratégica, para responder às necessidades do sistema de saúde e, em particular, do SNS.

Desde 2011, ano de abertura dos primeiros cursos, até ao final de 2018 foram formados cerca de 12 mil TAS, na sua maioria mulheres, valor que corresponde a cerca de 1/3 do contingente de AS no ativo nesse ano. A maior parte dos formandos frequentou cursos destinados a jovens, o que abre perspetivas de uma renovação geracional deste grupo ocupacional. Embora constituam um potencial para o reforço do sistema de saúde, o percurso destes auxiliares no mercado de trabalho é desconhecido, não se identificando indícios de que esteja a ser monitorizado de forma sistemática pelas autoridades responsáveis pelo planeamento dos RHS nem acompanhado de medidas de dinamização do mercado de trabalho e para tornar a atividade mais atrativa, essenciais para garantir a captação e retenção desta mão de obra qualificada.

Observa-se um processo de profissionalização dos auxiliares de saúde

Como noutros países da Europa, a definição da qualificação de TAS introduziu uma clarificação de perfil, delimitando fronteiras de atuação e as competências necessárias para o desempenho da atividade. Por ir ao encontro dos esforços dos auxiliares de saúde portugueses por maior reconhecimento do valor social da sua atividade e para alcançarem uma melhoria das suas condições de trabalho, esta clarificação reforça um processo de profissionalização a que este grupo ocupacional aspira. Não se tratando de uma profissionalização relacionada com aquisição de domínio sobre o conhecimento, a formação ou a prática profissional, este processo está mais ligado ao reconhecimento jurídico impulsionado primeiramente no SNS, o qual muito se deveu à existência de uma identidade profissional.

A qualificação de TAS resulta de um processo de planeamento inovador que foi interrompido

A análise da criação da qualificação permite afirmar com algum grau de certeza que a ACSS delineou uma estratégia inédita e, também por isso, inovadora de planeamento de RHS de nível não superior. Orientado para o SNS, mas com potencial de impacto em todo o sistema de saúde, compreendeu o levantamento de necessidades, construção de instrumentos para definir perfil profissional e regulamentar formação deste grupo ocupacional, mecanismos de acompanhamento e avaliação da sua implementação.

A descrição deste processo mostra-se fundamental para compreender a forma como diferentes atores, com as suas agendas próprias e procurando fazer uso do seu conhecimento e poder de influência, contribuíram para construir uma solução que gerasse algum nível de consenso, bem como a influência de alguns fatores de contexto histórico, político, económico ou cultural no resultado alcançado.

O descontinuar desta estratégia e o impasse em relação a este grupo ocupacional que se verificou nos anos seguintes à aprovação da qualificação, que se reflete na cada vez maior invisibilidade dos auxiliares do SNS ou na demora na aprovação do referencial de RVCC, mostra que, depois de uma fase em que o Ministério da Saúde protagonizou iniciativas e propostas para responder a necessidades identificadas, se instalou um silêncio em torno da necessidade de reforçar este segmento da força de trabalho, levando a que, por omissão, o tema tenha perdido centralidade na agenda política da saúde.

Esta tese contribui para caracterizar pela primeira vez os auxiliares de saúde em Portugal

O contingente de auxiliares é extenso e difícil de caracterizar. Os dados disponíveis mostram que em 2018 existiam cerca de 37 mil auxiliares de saúde a operar no mercado de trabalho português, sendo na sua maioria mulheres. O setor público era o maior empregador, não sendo possível determinar quantos destes trabalhadores tinham formação adequada às funções desempenhadas, nomeadamente o certificado profissional de TAS. Verificam-se assimetrias na distribuição destes auxiliares pelo território nacional, uma constatação que, apesar das suas causas não terem sido exploradas neste trabalho, levanta questões relacionadas com o planeamento e a gestão da força de trabalho, nomeadamente sobre o dimensionamento e composição das equipas de saúde.

Os dados relativos ao conjunto dos auxiliares de saúde dos setores privado e social mostram que este é um segmento em crescimento e cuja escolaridade média tem vindo aumentar, com o alargamento da fração de trabalhadores que tinham como habilitação académica o 9º ou o 12º ano de escolaridade e redução das faixas menos escolarizadas. Em 2018, este grupo tinha uma média etária de 42 anos e um rendimento médio mensal ligeiramente acima do SMN, mas que se encontra em rota de convergência com este patamar de remuneração. Embora não existam elementos para traçar uma caracterização semelhante dos auxiliares do setor público, esta caracterização é convergente com os elementos relativos aos AO que, no mesmo ano, se encontravam ao serviço do SNS.

4.2 Sobre os objetivos da investigação

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento da força de trabalho da saúde pela análise do processo de criação e implementação da qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde adotada em Portugal em 2010, foi conduzido um estudo de caso composto por duas Unidades de Análise.

O estudo de caso foi antecedido de uma revisão de literatura, concebida como um complemento da investigação a fim de, de acordo com o seu OE1, estabelecer uma base de conhecimento para a compreensão mais ampla da política em análise, que veio a ser utilizado para discutir os resultados do estudo de caso. Neste processo, foi identificada evidência relevante sobre o perfil, atividade e formação dos auxiliares de saúde na Europa, publicada na forma de relatórios de estudos e artigos em revistas científicas e profissionais entre o início de 2007 e o final de 2016, período que coincide com a elaboração e início da implementação da qualificação de TAS. A literatura identificada mostrou-se adequada para uma leitura ampla dos resultados alcançados.

Os resultados obtidos através da UA1 contribuíram para um maior conhecimento dos auxiliares de saúde em Portugal e, dessa forma, do contexto em que a qualificação de TAS surgiu e foi implementada, permitindo responder aos OE2 e OE3 da investigação.

Procedeu-se à reconstituição do percurso deste grupo ocupacional num período de tempo que se estende desde 1971, ano que marca o início da reflexão estratégica sobre o papel e o planeamento dos RHS no país, até final de 2019. Além de identificar o lugar que os auxiliares de saúde foram ocupando na estrutura das ocupações e profissões, foi descrita a evolução do seu perfil, atividade e formação nas instituições dos setores público,

Considerações finais

privado e social, situando este percurso nas iniciativas para estabelecer um quadro de referência nacional para a atividade e formação dos auxiliares de saúde.

Com base em dados anualmente recolhidos pelo governo junto dos hospitais portugueses, das empresas do setor privado e das instituições do SNS, procedeu-se a uma caracterização da composição e distribuição do contingente de auxiliares de saúde que, em 2018, atuavam nos hospitais e nas empresas do setor privado, tendo-se traçado uma perspetiva da sua evolução entre 2011 e 2018. Relativamente aos SNS, é apresentada uma caracterização do contingente de auxiliares de saúde ao serviço em 2014, último ano em que foram divulgados dados sobre este grupo ocupacional. Para fazer uma aproximação aos dados de 2018, é apresentada uma descrição do contingente de AO.

Foi ainda possível calcular a dimensão e caracterizar o contingente de auxiliares de saúde que em 2018 atuavam no conjunto dos hospitais do setor público e das instituições do setor privado. É de salientar que esta é uma aproximação possível à dimensão, composição e distribuição deste segmento da força de trabalho, uma vez que os dados utilizados apresentam limitações. Ainda assim, é uma caracterização inédita de um grupo ocupacional quase sem expressão na literatura dos RHS em Portugal, que além de contemplar auxiliares de saúde dos setores público, privado e social de todo o país, incluindo as regiões autónomas dos Açores da Madeira, é extensível àqueles trabalhadores que, integrados nos serviços de saúde militar e prisional, atuam no quadro do setor público mas não integram a força de trabalho do SNS.

Centrada na qualificação de TAS *em si*, a UA2 contemplou a análise aos seus conteúdos, processo de elaboração e a alguns resultados alcançados com a sua implementação, permitindo dar respostas aos OE 4, 5, 6 e 7 do estudo.

De modo a compreender o posicionamento da política de qualificação de TAS no contexto europeu, procedeu-se à descrição da sua estrutura e conteúdos e posterior comparação com as recomendações para reforço dos padrões educacionais e de atuação dos auxiliares de saúde na União Europeia resultantes do projeto “Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators”. Verificou-se um alinhamento total ou quase total com 29 das 37 recomendações, alinhamento parcial com seis e que duas das recomendações não têm tradução no contexto português, resultados que mostram que Portugal dispõe de um quadro de referência para atividade e formação de auxiliares de saúde orientado para as

suas necessidades internas e que como vai ao encontro aos desafios que se colocam aos sistemas de saúde e ao mercado de trabalho da Europa.

A análise ao processo de criação da qualificação permitiu situar esta iniciativa no quadro das estratégias de recursos humanos que o Ministério da Saúde tinha em curso à época e compreender a sua relação com a orientação geral de qualificação da população portuguesa vertida na Iniciativa Novas Oportunidades. Foi possível descrever as diferentes etapas deste processo, sendo dada particular atenção ao papel desempenhado pelos diferentes atores nele envolvidos, bem como à sua perspetiva sobre a forma como este surgiu e decorreu e sobre os resultados alcançados.

A análise de resultados obtidos com a qualificação foi feita a partir de dados secundários provenientes de diferentes fontes, que permitiram descrever o contingente de formandos que iniciaram e concluíram formação de Técnicos Auxiliares de Saúde entre 2011 e 2018 quanto à sua dimensão, composição e distribuição.

4.3 Sobre a adequação do modelo teórico do estudo

A análise retrospectiva da política de qualificação de TAS adotada em Portugal em 2010, centrando esta abordagem no contexto em que surgiu, nos seus conteúdos e no processo da sua criação, que compreende olhar a implementação, valorizando a perspetiva dos atores envolvidos neste processo, permitiu traçar uma visão geral desta e, uma década depois da sua adoção, compreender alguns dos seus resultados. Esta análise foi orientada por um modelo teórico que integrou elementos do triângulo de análise de políticas de Walt e Gilson, aspetos estruturais na relação dos Recursos Humanos com as funções do sistema de saúde e fatores determinantes da oferta de trabalhadores da saúde.

Este quadro teórico propunha um olhar abrangente sobre o enquadramento e o percurso da política que instituiu a qualificação dos TAS, considerando um conjunto de iniciativas internacionais para reforçar a agenda dos RHS, resultante da iniciativa conjunta de diferentes ministérios, concretizando objetivos das políticas de saúde, de educação e de emprego, bem como de parte da agenda de outras entidades e atores envolvidos neste processo, orientados por um mercado de trabalho da saúde.

O modelo teórico mostrou-se útil e adequado para enquadrar os achados das leituras e investigações realizadas, permitindo a consecução dos objetivos propostos, como refletido na secção anterior.

Considerações finais

Permitiu também identificar o papel desempenhado pelos diferentes atores e reconhecer que, ao nível da política de saúde, a formação de quadros intermédios foi considerada como um contributo para a modernização e reforço do sistema de saúde, de modo a torná-lo mais resiliente na resposta ao aumento da procura de cuidados e, em particular, aos desafios de melhoria de qualidade, eficácia e eficiência do SNS. Neste contexto, a criação da qualificação de TAS surge integrada numa estratégia centrada na capacitação de trabalhadores de nível não superior conduzida pela ACSS a partir de 2007 e que se prolongou até 2011.

Ao nível da política de educação e de emprego, a integração do TAS no CNQ decorreu de uma orientação mais geral da INO. Alinhada com os princípios da *Estratégia de Lisboa* para uma Europa mais competitiva, a INO preconizava o aumento do nível de qualificação da população e uma aposta na regulamentação da atividade e formação profissional de nível não superior em áreas consideradas fundamentais para a economia, criando um estímulo à inserção de jovens no mercado de trabalho, bem como à reconversão profissional de adultos desempregados, e por essa via responder ao atraso estrutural do país e alavancar o seu desenvolvimento no contexto do mercado único europeu.

No que respeita à implementação da medida, na década seguinte à sua adoção assistiu-se a um investimento real, em parte suportado por fundos de coesão da União Europeia, para estabelecer uma oferta formativa de TAS em todo o país, ao nível da rede escolar e da rede de centros de formação associados aos serviços de emprego e formação profissional. No entanto, o investimento na formação de recursos humanos não parece ter sido acompanhado por medidas efetivas para dinamização do mercado de trabalho, nomeadamente para incentivar a captação e retenção dos auxiliares de saúde que concluíram a sua formação ao longo deste período, correndo-se o risco de parte deste efetivo não chegar a integrar o mercado de trabalho, de o abandonar precocemente ou, tal como acontece com enfermeiros e médicos, emigrar para países onde as condições de trabalho e, sobretudo, de remuneração são mais atrativas.

Ainda sobre a implementação da estratégia de qualificação, e apesar do sistema de saúde ser beneficiário direto desta entrada de mão de obra qualificada no mercado de trabalho, não se encontram indícios de que a definição da oferta formativa para TAS tenha sido acompanhada pelos responsáveis pela política de planeamento e gestão dos RHS do

Considerações finais

Ministério da Saúde. Não sendo de excluir o envolvimento de representantes do SNS nos mecanismos de antecipação de necessidades criados, ao nível das diferentes regiões do país, para determinar a oferta formativa a disponibilizar, não foi identificada nenhuma orientação geral para planeamento e gestão deste segmento da força de trabalho.

A qualificação de auxiliares de saúde poderá, no entanto, estar a (re)ganhar espaço na agenda da política de saúde, em virtude de um conjunto de acontecimentos recentes que contribuíram para aumentar a visibilidade destes trabalhadores junta da opinião pública, bem como de gestores e decisores ligados ao sistema de saúde, com destaque para reportagens em diferentes órgãos de comunicação social dando destaque ao seu papel nas equipas de saúde e às suas condições de trabalho durante os primeiros meses da pandemia de SARS-CoV2, a publicação no referencial de RVCC de TAS após uma década de impasse, a aprovação no parlamento de recomendações para criação de uma carreira para estes trabalhadores no SNS em janeiro de 2021 e a integração desta proposta no programa do XXII Governo Constitucional, eleito em janeiro de 2022.

5. Referências

1. Mercer H, Dalpoz M, Orvill A, Stilwell B, Buchan J, Dreech N, et al. Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change. Em: Ferrinho P, Dalpoz M, editores. Towards a global health workforce strategy. Antwerp: ITGPress; 2003. p. 451–82. (Studies in Health Services Organisation & Policy).
2. Scheffler RM, Bruckner T, Spetz J. The labour market for human resources for health in low and middle-income countries [Internet]. Geneva: WHO - World Health Organization; 2012 [citado 13 de janeiro de 2017]. (Human Resources for Health Observer; vol. 11). Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/observer11/en/>
3. Tomblin Murphy G, Birch S, MacKenzie A, Bradish S, Elliott Rose A. A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries. Hum Resour Health. 2016;14:59.
4. Fronteira I, Dussault G, Buchan J, editores. Rethinking human resources for health: on the edge of the post-modern era. Coimbra: Almedina; 2020.
5. Liua JX, Bruckner TA, Goryakin Y, Maeda A, Scheffler RM. Global health workforce labor market projections for 2030 [Internet]. Washington: The World Bank; 2016 ago [citado 23 de fevereiro de 2017] p. 1–40. (Policy Research Working Paper). Disponível em: <https://bit.ly/3tIlmHh>
6. Parlamento Europeu, Comissão Europeia. Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2014, relativo à criação de um terceiro Programa de ação da União no domínio da saúde (2014-2020) e que revoga a Decisão n.º 1350/2007/CETexto relevante para efeitos do EEE [Internet]. Jornal Oficial da União Europeia, 282/2014 nov 3, 2014. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>
7. ILO. ISCO 08 - International Standard Classification of Occupations [Internet]. ILO - International Labour Organization; 2008 [citado 9 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/>
8. Braeseke G, Hernández J, Dreher B, Birkenstock J, Filkins J, Preusker U, et al. EU-Project: Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators (SANCO/1/2009) – Final Report [Internet]. European Commission; 2014 [citado 27 de maio de 2016]. Disponível em: <https://bit.ly/34q3nHp>
9. Wrede S. Educating generalists: flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. Em: Kuhlmann E, Saks M, editores. Rethinking professional governance: International directions in healthcare [Internet]. Bristol: Policy Press Scholarship; 2008 [citado 18 de janeiro de 2017]. p. 127–40. Disponível em: <https://bit.ly/2CYaHR9>
10. Pavolini E, Kuhlmann E. Health workforce development in the European Union: A matrix for comparing trajectories of change in the professions. Health Policy

Referências

- [Internet]. junho de 2016 [citado 16 de janeiro de 2017];120(6):654–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.002>
11. Correia T, Dussault G, Gomes I, Augusto M, Temido M, Nunes P. Recursos humanos na saúde: o que se sabe e o que falta saber. Em: Relatório Primavera 2018 [Internet]. Lisboa: OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2018 [citado 21 de janeiro de 2020]. p. 68–107. Disponível em: <http://opss.pt>
 12. Baptista C, Rando B, Guerreiro J. Estudo Representações identitárias e contrato psicológico dos trabalhadores exercendo funções de Auxiliares de Saúde no SNS Português. Lisboa: INA - Instituto Nacional de Administração; ACSS - Ministério da Saúde; 2011.
 13. Correia T, Gomes I, Nunes P, Dussault G. Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making? Health Policy [Internet]. 7 de janeiro de 2020 [citado 13 de janeiro de 2020];124(3):303–10. Disponível em: <https://bit.ly/3bCrOEs>
 14. Dussault (Cord.) G, Biscaia A, Craveiro I, Fronteira I, Lapão L, Temido M. Os recursos Humanos da Saúde. Em: 40 anos de Abril na Saúde/Coord António Correia de Campos, Jorge Simões. Coimbra: Edições Almedina; 2014. p. 163–83. (Olhares sobre a Saúde).
 15. ANQ. Referencial de formação para Técnico/a Auxiliar de Saúde. Boletim do Trabalho e Emprego (BTE) nº32 de 29 de Agosto; 2010.
 16. da Silva GX, Valente AC, Simões F, Santos D, Freire M, Alves MJ, et al. Sistema Nacional de Qualificações: 10 anos. 1ª. Lisboa: ANQEP - Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional; 2018.
 17. Carvalhosa A. Saber ouvir/saber Mudar. BIT-SGS - Boletim Informativo da Associação de Trabalhadores dos Serviços Gerais de Saúde (ATSGS) [Internet]. novembro de 2014 [citado 3 de janeiro de 2017];(20):2. Disponível em: <http://www.atsgs.pt>
 18. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2014.
 19. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. 2nd ed. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill Education (UK); 2012. 236 p. (Understanding Public Health).
 20. Oliveira SR de, Piccinini VC. Mercado de trabalho: múltiplos (des)entendimentos. Rev Adm Pública. outubro de 2011;45(5):1517–38.
 21. Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. Health Policy. setembro de 2012;107(1):11–20.
 22. Reis EP. Política e políticas públicas na transição democrática. Rev Bras Ciênc Sociais. 1989;3(9):15–23.

Referências

23. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*. 1 de agosto de 2006;40(spe):73–8.
24. Simões J. Retrato Político da Saúde - Dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Edições Almedina; 2009.
25. Gottens LBD, Pires MRGM, Calmon PCDP, Alves ED. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde E Soc*. junho de 2013;22(2):511–20.
26. Araújo L, Rodrigues M de L. Modelos de análise das políticas públicas. *Sociol Probl E Práticas*. 14 de dezembro de 2016;(83):11–35.
27. Bernier NF, Clavier C. Public health policy research: making the case for a political science approach. *Health Promot Int*. 1 de março de 2011;26(1):109–16.
28. Silva MV da. Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociol Probl E Práticas*. maio de 2012;(69):121–8.
29. Serafim MP, Dias R de B. Análise de Política: Uma Revisão da Literatura. *Cad Gest Soc*. 22 de maio de 2012;3(1):121–34.
30. WHO, editor. health promotion glossary [Internet]. 2ª. Geneve: Word Health Organization; 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
31. Lessa G, Kuehlkamp VM, Erdmann AL, Andrade SR. Análise de políticas públicas de saúde: revisão narrativa. *Cogitare Enferm* [Internet]. 31 de março de 2015 [citado 28 de março de 2017];20(1). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36885>
32. Boquinhas JM. Políticas e Sistemas de Saúde. Coimbra: Edições Almedina; 2012.
33. Vujicic M, Zurn P. The dynamics of the health labour market. *Int J Health Plann Manage*. junho de 2006;21(2):101–15.
34. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Raynald P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Em: Hartz ZM de A, editor. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 29–47.
35. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan*. 1 de setembro de 2008;23(5):308–17.
36. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L de VC. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva*. junho de 2013;23(2):589–611.
37. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan*. dezembro de 1994;9(4):353–70.

Referências

38. May P, Hynes G, McCallion P, Payne S, Larkin P, McCarron M. Policy analysis: Palliative care in Ireland. *Health Policy*. março de 2014;115(1):68–74.
39. Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [Internet]. 2ª (Revista e Ampliada). Rio de Janeiro: EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIO Cruz; 2008 [citado 24 de julho de 2014]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>
40. Dussault G, Vujicic M. Demand and Supply of Human Resources for Health. Em: *International Encyclopedia of Public Health* [Internet]. 1st ed. San Diego: Academic Press; 2008 [citado 13 de janeiro de 2017]. p. 77–84. Disponível em: http://www.ccoms-imsuerj.org.br/capfts/2011/uploads/Demand-Supply-HRH_Dussault-2008.pdf
41. Tulenko K, Dussault G, Mercer H. Estrutura e questões de quantificação na monitorização da entrada no mercado de trabalho de saúde. Em: *Manual para a Monitorização e Avaliação de Recursos Humanos de Saúde - com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio*. Geneve: WHO - World Health Organization; 2009. p. 43–55.
42. WHO. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. Geneva: Word Health Organization; 2016 [citado 18 de janeiro de 2017]. Disponível em: http://who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
43. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital. 3ª. Porto: Edições Afrontamento; 1993.
44. Tavares D. Introdução à Sociologia da Saúde. 3ª. Coimbra: Edições Almedina; 2020. 240 p.
45. Veríssimo L, Poeira A. Tipologia de perfis socioprofissionais e a identificação profissional numa organização de saúde. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. julho de 2012 [citado 19 de janeiro de 2017];30(2):143–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.07.001>
46. Rodrigues M de L. Profissões - Lições e Ensaio. 1ª. Coimbra: Edições Almedina; 2012. 110 p.
47. Evetts J. Professions in turbulent times: changes, challenges and opportunities. *Sociol Probl E Práticas* [Internet]. 2018 [citado 7 de dezembro de 2020];(88). Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/sociologiapp/article/view/14797>
48. Governo de Portugal. Lei nº 9/2009 de 4 de Março - Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia [Internet]. *Diário da República*. Sec. Série I 2009 p. 1466–530. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/9-2009-604779>

Referências

49. Assembleia da República. Lei n.º 104/2015 de 24 de Agosto - Cria o Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde [Internet]. Diário da República. Sec. Serie I ago 24, 2015 p. 6259–61. Disponível em: <http://data.dre.pt/eli/lei/104/2015/p/dre/pt/html>
50. Fendall NRE. Auxiliaries in Health Care: Programs in Developing Countries. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins Press; 1972. 224 p.
51. Kessler I, Heron P, Dopson S. The Modernization of the Nursing Workforce: Valuing the healthcare assistant. Oxford: OUP Oxford University Press; 2012. 261 p.
52. WHO. Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel [meeting held in Geneva from 24 to 29 October 1955] : third report [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1956 [citado 15 de março de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40364>
53. WHO Expert Committee on Nursing. Expert Committee on Nursing : report on the first session, Geneva, 20-26 February 1950 [Internet]. WHO - World Health Organization; 1950 [citado 21 de março de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39806>
54. WHO. Working Conference on Nursing Education: report [Internet]. WHO - World Health Organization; 1953 [citado 14 de março de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40201>
55. WHO, UNICEF. Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care [Internet]. WHO - World Health Organization; 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
56. Hall TL, Mejía A, Organization WH. Health manpower planning : principles, methods, issues [Internet]. World Health Organization; 1978 [citado 22 de março de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40341>
57. WHO. The world health report : 2006 : working together for health [Internet]. WHO - World Health Organization; 2006 [citado 15 de março de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>
58. WHO, editor. International Classification of Health Workers [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/statistics>
59. Roemer MI. National Health Systems of the World. Oxford: Oxford University Press; 1993. 370 p.
60. Hewko SJ, Cooper SL, Huynh H, Spiwek TL, Carleton HL, Reid S, et al. Invisible no more: a scoping review of the health care aide workforce literature. BMC Nurs [Internet]. 2015 [citado 19 de janeiro de 2017];14:38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-015-0090-x>

Referências

61. Dubois CA, McKee M, Nolte E, editores. Human resources for health in Europe [Internet]. Maidenhead ; New York: Open University Press; 2006 [citado 21 de novembro de 2019]. 249 p. (European Observatory on Health Systems and Policies series). Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf
62. Anne Marie Rafferty, Reinhard Busse, Britta Zander-Jentsch, Walter Sermeus, Luk Bruyneel, editores. Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries (2019) [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 [citado 21 de novembro de 2019]. (Health policy Series). Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/strengthening-health-systems-through-nursing-evidence-from-14-european-countries-2019>
63. Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. Hum Resour Health [Internet]. 19 de dezembro de 2009 [citado 6 de novembro de 2019];7(1):87. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-87>
64. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce : reviewing the evidence. Bull World Health Organ Int J Public Health 575-580 [Internet]. 2002 [citado 5 de julho de 2019];80(7):575–80. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/71364>
65. Brown EL. The Nursing profession and auxiliary personnel. Em: Aspects of Public Health Nursing [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO - World Health Organization; 1961 [citado 14 de março de 2022]. p. 9–34. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39714>
66. Sem autor. The auxiliary nurse. Int Rev Red Cross [Internet]. agosto de 1966 [citado 22 de dezembro de 2020];6(65):441–8. Disponível em: <http://international-review.icrc.org/articles/auxiliary-nurse>
67. Stokes J, Warden A. The changing role of the healthcare assistant. Nurs Stand R Coll Nurs G B 1987. 1 de setembro de 2004;18(51):33–7.
68. Comissão das Comunidades Europeias. Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde - COM(2008) [Internet]. Comissão das Comunidades Europeias; 2008 [citado 16 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <https://bit.ly/3wlDEOx>
69. EUROSTAT. Eurostat: Health care staff Hospital employment - Technical note. [Internet]. 2021. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_res_esms_an6.pdf
70. OCDE. OECD Health Statistics 2021: Definitions, Sources and Methods - Technical note: Practising caring personnel (personal care workers) [Internet]. OECD Health Statistics; 2021 [citado 14 de março de 2022]. Disponível em: <https://bit.ly/OECD01>

Referências

71. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Health Organ*. 1 de novembro de 2013;91(11):892–4.
72. Marques AP. Mercados de trabalho no sector da saúde: Profissionalismo, paradoxos e dilemas de regulação. Em: CICS-UM, FioCruz, editores. *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas (e-book)* [Internet]. Portugal - Brasil: Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UM) Universidade do Minho Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo da Cruz- Fiocruz; 2014 [citado 10 de janeiro de 2017]. p. 127–38. Disponível em: http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/view/149/showToc
73. Comissão Europeia. Comunicado da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes [Internet]. COM(2014)215/F1-PT 2014. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pt.pdf
74. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], Ministério da Educação [ME]. *Novas Oportunidades. Iniciativa no âmbito do Plano Nacional de Emprego e do Plano Tecnológico* [Internet]. 2006 [citado 17 de setembro de 2020]. Disponível em: http://www.oei.es/quipu/portugal/novas_oportunidades.pdf
75. Natal AP, Alves MG. Políticas de aprendizagem ao longo da vida em Portugal: Controvérsias na esfera pública em torno da Iniciativa Novas Oportunidades (2005-2013). *Rev Port Educ* [Internet]. junho de 2016 [citado 17 de setembro de 2020];29(1):121–53. Disponível em: <https://doi.org/10.21814/rpe.7434>
76. Governo de Portugal. Resolução do Conselho de Ministros 173/2007 [Internet]. *Diário da República*. Sec. Serie I nov 7, 2007 p. 8135–51. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/173-2007-629163>
77. ANQ. Catálogo Nacional de Qualificações - Guia do utilizador [Internet]. ANQ - Agência Nacional para a Qualificação, I.P; 2009 [citado 15 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.catalogo.anqep.gov.pt/boDocumentos/getDocumentos/136>
78. Sakellarides C. *De Alma a Harry - Crónica da democratização da Saúde*. 2ª. Coimbra: Edições Almedina; 2006.
79. Dussault G. Plano Nacional de Saúde 2012 -2016: Roteiro de Intervenção Recursos Humanos em Saúde (RHS) - documento de trabalho [Internet]. Direcção Geral de Saúde; 2014 [citado 19 de maio de 2016]. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_13_Recursos-Humanos-Saude.pdf
80. Dussault G, Fronteira I. *Recursos Humanos para a Saúde (RHS) - Plano integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-16 (Portugal)*. Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2010.

Referências

81. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde; 2015 [citado 19 de maio de 2016]. Disponível em: <https://bit.ly/3Pher0n>
82. Biscaia A, Conceição C, Martins J, Ferrinho P. Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2003;19:281–9.
83. Correia T, Dussault G, Pontes C. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*. dezembro de 2015;119(12):1600–5.
84. Ribeiro JS, Conceição C, Pereira J, Leone C, Mendonça P, Temido M, et al. Health professionals moving to... and from Portugal. *Health Policy*. fevereiro de 2014;114(2–3):97–108.
85. Nunes L. Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998). 1ª. Loures: Lusociência; 2003. 375 p.
86. ACSS. Estudo sobre perfis profissionais emergentes, nível II e III de saída, no âmbito da saúde - Relatório Final. ACSS - Ministério da Saúde; IESE - Instituto de Estudos Sócio Económicos; 2012.
87. Assembleia da República. Lei n.º 7/2009 - Código do Trabalho [Internet]. Diário da República. Sec. I, 7/2009 fev 12, 2009 p. 926–1029. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475>
88. Assembleia da República. Lei n.º 95/2019 - Lei de Bases da Saúde [Internet]. Diário da República. Sec. I, 95/2019 set 4, 2019 p. 55–66. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
89. Assembleia da República. Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro [Internet]. Diário da República. Sec. 1º Suplemento, Série I, 12-A/2008 fev 27, 2008 p. 1326(1)-1326(27). Disponível em: <https://www.dre.pt>
90. Governo de Portugal. Decreto-Lei nº 109/80 de 20 de Outubro [Internet]. Diário da República, 109/80 out 20, 1980 p. 3477–81. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/109-1980-462429>
91. Ministério da Saúde. Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2018 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019 [citado 3 de janeiro de 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/24/relatorio-social-do-ministerio-da-saude-e-do-sns/>
92. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Decreto-Lei n.º 120/2015 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I p. 4530–2. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/120/2015/06/30/p/dre/pt/html>
93. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos. Vol. I - Prioridades. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde; 2004.

Referências

94. Ferro C. Emigração - Reino Unido e Alemanha querem portugueses a tratar de idosos. Diário de Notícias [Internet]. 6 de março de 2017 [citado 6 de março de 2017]; Disponível em: <http://www.dn.pt/sociedade/interior/reino-unido-e-alemanha-querem-portugueses-a-tratar-de-idosos-5706740.html>
95. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. 2nd ed. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2012. 236 p. (Understanding Public Health).
96. Carmo H, Ferreira MM. Metodologia de investigação: guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta; 1998.
97. Landim FLP, Lourinho LA, Lira RCM, Santos ZMSA. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. Rev Bras Em Promoção Saúde [Internet]. 4 de janeiro de 2012 [citado 22 de março de 2017];19(1):53–8. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/961>
98. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Rev Lat Am Enfermagem. junho de 2007;15(3):502–7.
99. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública [Internet]. junho de 2005 [citado 20 de maio de 2016];39(3):507–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
100. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. outubro de 2007 [citado 22 de março de 2017];15(5):1046–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500025>
101. Botelho LLR, Cunha CC de A, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gest E Soc. maio-ago de 2011;5(11):121–36.
102. Yin RK. Case Study Research- Design and Methods. 3ª. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
103. Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Rev SOCERJ. setembro de 2007;20(5):383–6.
104. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Amp Contexto - Enferm [Internet]. dezembro de 2008 [citado 13 de fevereiro de 2017];17(4):758–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
105. Russell CL. An Overview of the Integrative Research Review. Prog Transplant [Internet]. 1 de março de 2005 [citado 28 de junho de 2021];15(1):8–13. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/152692480501500102>

Referências

106. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. dezembro de 2005;52(5):546–53.
107. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. junho de 2015 [citado 21 de abril de 2017];24(2):335–42. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
108. Cardoso T, Alarcão I, Celorico JA. Revisão da Literatura e Sistematização do Conhecimento. 2.^a ed. Porto: Porto Editora; 2010. 80 p.
109. Guerra IC. Pesquisa Qualitativa e análise de conteúdos - Sentidos e formas de uso. Estoril: Príncípa Editora; 2006. 95 p.
110. Jupp V, editor. *The Sage Dictionary of Social Research Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2006.
111. Flick U. Métodos Qualitativos na Investigação Científica. 1^a. Lisboa: Monitor - Projectos e Edições Lda; 2005. 304 p.
112. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3^a. Lisboa: Edições 70; 2004.
113. Gomes SLR, Mendonça MAR, Souza CM de. Literatura Cinzenta. Em: Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Minas Gerais: Editora UFMG; 2000. p. 97–103.
114. Instituto Nacional de Estatística, editor. Estatísticas da Saúde - 2018 [Internet]. Lisboa: INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2020 [citado 28 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>
115. Instituto Nacional de Estatística. Bases de microdados anonimizados para fins de investigação científica [Internet]. INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2021 [citado 29 de abril de 2021]. Disponível em: <https://bit.ly/38m4zl6>
116. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Portaria n.º 55/2010 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I jan 21, 2010 p. 212–6. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/55-2010-616793>
117. Instituto Nacional de Estatística, editor. Classificação Portuguesa das Profissões - 2010 [Internet]. Lisboa: INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2011 [citado 12 de março de 2014]. Disponível em: <https://bit.ly/3jorTPn>
118. Ordem dos Enfermeiros alerta para irregularidades no contrato colectivo entre ANCIPA e SETAAB [Internet]. Secção de notícias do Website da Ordem dos Enfermeiros. 2020 [citado 25 de abril de 2022]. Disponível em: <https://bit.ly/3vIQOfg>
119. Ordem dos Enfermeiros reúne com INE para clarificar a Classificação Portuguesa das Profissões [Internet]. Secção de notícias do Website da Ordem dos Enfermeiros. S/data [citado 25 de abril de 2022]. Disponível em: <https://bit.ly/3F2utXz>

Referências

120. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Portaria 474/2010, 2010-07-08 [Internet]. Diário da República. Sec. Serie I, 474/2010 jul 8, 2010 p. 2510–1. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/474/2010/07/08/p/dre/pt/html>
121. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. Descrição do Sistema Integrado de Informação e Gestão da Oferta Educativa e Formativa (SIGO) [Internet]. DGEEC - Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. 2020 [citado 20 de julho de 2020]. Disponível em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/sigo>
122. Inês R, Nunes L. Referenciais de formação e de desempenho: o caso dos Técnicos Auxiliares de Saúde. Revista da Ordem dos Enfermeiros: III Conferência do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. setembro de 2011;1(38):31–6.
123. ACS. Implementação do PNS. Um roteiro estratégico para a Fase II - 2004/2006 [Internet]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde (ACS), Ministério da Saúde; 2005 [citado 21 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/2ZVktMp>
124. Rodrigues LAC, Ginó A, Sena C, Dahlin K. Compreender os Recursos Humanos no Serviço Nacional de Saúde. Rodrigues LAC, editor. Lisboa: Edições Colibri - Apifarma; 2002. 598 p.
125. Ministério da Saúde. Decreto-Lei 219/2007, de 29 de maio [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 219/2007 mai 29, 2007 p. 3509–12. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/219/2007/05/29/p/dre/pt/html>
126. Ministério das Actividades Económicas, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde. Portaria nº 459/2005, de 3 de Maio [Internet]. mai 3, 2005. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/459-2005-534389>
127. ANQ. Catálogo Nacional de Qualificações: Perfil Profissional e Referencial de Formação do Técnico Auxiliar de Saúde. ANQ - Agência Nacional para a Qualificação, I.P; 2010.
128. Auditoria: Utilização de dinheiros públicos (nacionais e comunitários) na formação e as necessidades do mercado de trabalho: Formação profissional secundária e pós-secundária não superior [Internet]. Lisboa: Tribunal de Contas; 2017 mai [citado 23 de janeiro de 2021]. Report No.: 8/2017 – 2ª. S. Disponível em: https://erario.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2017/2s/rel008-2017-2s.shtm
129. INA. Relatório Actividades 2010. Lisboa: INA - Instituto Nacional de Administração; 2011.
130. INA. INA: Relatório Actividades 2011. Lisboa: INA - Instituto Nacional de Administração; 2012.
131. ANQ. Conselho Sectorial para a Qualificação- Saúde e Serviços à Comunidade: Acta da 1ª reunião, 21/05/2009. ANQ - Agência Nacional para a Qualificação, I.P; 2009.

Referências

132. ANQ. Conselho Sectorial para a Qualificação- Saúde e Serviços à Comunidade: Acta da 2ª reunião, 24/03/2010. ANQ - Agência Nacional para a Qualificação, I.P; 2010.
133. Sena C, Ferrinho P, Miguel JP. Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2006 [citado 21 de fevereiro de 2019];24:5–19. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/23952>
134. Conselho de Enfermagem. Parecer do Conselho de Enfermagem nº 40/2011: Técnico/a Auxiliar de Saúde - Referenciais e sua utilização. Ordem dos Enfermeiros; 2011.
135. Esteves A, Branco MLF. O ensino profissional na escola secundária pública portuguesa: Percepções dos seus principais agentes educativos. Educ Policy Anal Arch [Internet]. 2 de julho de 2018 [citado 30 de dezembro de 2019];26:78. Disponível em: <https://epaa.asu.edu/ojs/article/view/2791>
136. Cerqueira M de F, Martins AM de O. A consolidação da Educação e Formação profissional na Escola Secundária nos últimos 50 anos, em Portugal. Rev Lusófona Educ [Internet]. 13 de agosto de 2011 [citado 30 de dezembro de 2019];17(17):123–45. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/2369>
137. Conceição C, Lima C, Ferrinho P. Reforming the Portuguese health services system: key human resources for health issues. Cah Sociol Demogr Med. setembro de 2007;47(3):241–57.
138. Enfermeiro-Mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Ordem de Serviço 6 305 de 09/02/68 - Atribuições dos Ajudantes de Enfermaria. Hospitais Cívicos de Lisboa; 1968.
139. Silva AI. A arte de enfermeiro: escola de enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2006.
140. Silva H. Percursos e Desafios de uma Investigação sobre a História da Profissão de Enfermagem em Portugal (séc. XIX-XX). Pensar Enferm [Internet]. 2015 [citado 4 de setembro de 2017];19(2):68–84. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/23753>
141. Subtil CL, Vieira M. Funções e condições de trabalho de um enfermeiro no Hospital de S. José (meados do século XIX). Rev Enferm Referência [Internet]. dezembro de 2011;serie III(5):181–90. Disponível em: <https://bit.ly/2EsEaTZ>
142. Serviço Nacional de Emprego, editor. Classificação Nacional das Profissões - 1966. Vol. II-Grandes Grupos 1, 2, 3, 9. Lisboa: Ministério das Corporações e Previdência Social. Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-Obra; 1972.
143. Ministério da Segurança Social e do Trabalho. Integração no Sistema Nacional de Certificação Profissional do Perfil Profissional de Ajudante de Saúde e de Auxiliar

Referências

- de Acção Médica [Internet]. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 9. Sec. 1 mar 8, 2004 p. 371–9. Disponível em: <https://bit.ly/2UXQ2TI>
144. Gonçalves CM. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. Sociol Rev Fac Let Universidade Porto [Internet]. 2007 [citado 28 de agosto de 2020];17(0):177–223. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/ojs/index.php/Sociologia/article/view/2349>
145. IEFP, editor. Classificação Nacional das Profissões - 1980. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional; 1980.
146. IEFP, editor. Classificação Nacional das Profissões - 1994. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional; 1994.
147. Barros RM, Belando-Montoro M. Europeização das Políticas de Educação de Adultos: reflexões teóricas a partir dos casos de Espanha e Portugal. Arq Analíticos Políticas Educ [Internet]. 23 de setembro de 2013 [citado 8 de julho de 2019];21(0):71. Disponível em: <https://epaa.asu.edu/ojs/article/view/1385>
148. Pinto AC. A certificação de competências profissionais em Portugal - Passado, presente e futuro. Fórum Sociológico [Internet]. 2006 [citado 30 de dezembro de 2019];(15–16):171–88. Disponível em: <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/171-188.pdf>
149. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos. Vol. II - Orientações estratégicas. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde; 2004.
150. Simões J, Fronteira I. Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. E-Pública Rev Eletrónica Direito Público [Internet]. abril de 2019 [citado 3 de janeiro de 2020];6(1):4–14. Disponível em: <https://bit.ly/2QnITdl>
151. IEFP. Relatório de Actividades – 2003. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP); 2003.
152. Agência Lusa. Enfermeiros debatem substituição por auxiliares de acção médica. Público (jornal diário 17-09-2004) [Internet]. 17.^a-09–2004.^a ed. 17 de setembro de 2004 [citado 15 de julho de 2014]; Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/enfermeiros-debtem-substituicao-por-auxiliares-de-accao-medica-1203731>
153. Campos A. Enfermeiros disponíveis para greve geral a partir do final de Outubro. Público (jornal diário 18-09-2004). 09 de 2004;29.
154. Gomes A. Ordem de Enfermeiros preocupada: Hospitais acusados de substituir enfermeiros por auxiliares. Público (jornal diário 02/07/2004) [Internet]. 2 de julho de 2004 [citado 14 de julho de 2014]; Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/hospitais-acusados-de-substituir-enfermeiros-por-auxiliares-1198182>

Referências

155. Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Portaria 782/2009, 2009-07-23 [Internet]. Diário da República. Sec. 1ª Serie, 792/2009 jul 23, 2009 p. 4776–8. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/782/2009/07/23/p/dre/pt/html>
156. ACSS, IESE. Estudo sobre perfis profissionais emergentes, nível II e III de saída, no âmbito da saúde - Relatório Final [Internet]. Lisboa: ACSS - Ministério da Saúde; IESE - Instituto de Estudos Sócio Económicos; 2012 [citado 1 de fevereiro de 2015]. Disponível em: <http://www.poaatfse.qren.pt>
157. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-Lei nº 92/2011, de 2011-02-27 [Internet]. Diário da República. Sec. 1ª Série, 92/2011 fev 27, 2011 p. 4064–71. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/92/2011/07/27/p/dre/pt/html>
158. ANQEP. Referencial de formação para Técnico/a Auxiliar de Saúde - 1ª atualização. ANQEP - Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional; 2016.
159. Tolfo S da R. A carreira profissional e seus movimentos: revendo conceitos e formas de gestão em tempos de mudanças. Rev Psicol Organ E Trab [Internet]. 1 de janeiro de 2002 [citado 18 de agosto de 2020];2(2):39–63. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/6847>
160. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto nº 48358 [Internet]. Diário do Governo. Sec. Série I abr 27, 1968 p. 612–26. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-ministerial/1968-256668>
161. Vaz AM. Hospitais Públicos Portugueses. Em: Simões J, editor. 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - um percurso comentado. Coimbra: Edições Almedina; 2010. p. 297–353.
162. Ferreira FAG. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1990. 601 p. (Manuais universitários).
163. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro [Internet]. Diário do Governo. Sec. Serie I, 414/71 1971 p. 1434–45. Disponível em: <https://dre.pt>
164. Simões J, Augusto GF, Fronteira I. O Estado, o Mercado e o Setor Social na Saúde. Em: CES, editor. A saúde e o Estado: O SNS aos 40 anos. Coimbra: Conselho Económico e Social (CES), Edições Almedina; 2018. p. 33–54.
165. Ministério do Trabalho. Decreto-Lei 164-A/76 [Internet]. Diário do Governo. Sec. Série I fev 28, 1976 p. 446-(1) a 446-(5). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/164-a-356557>
166. Gabinetes das Secretárias de Estado Adjunta e da Justiça e da Saúde. Despacho 9121/2019, 2019-10-10 [Internet]. Diário da República. Sec. Série II out 10, 2019 p. 9121–2019. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/125182339/details/maximized>

Referências

167. Jorge A, Valente S. Estudo de Avaliação do Sistema de Saúde Militar [Internet]. Lisboa: Ministério da Defesa; 2019 [citado 18 de junho de 2021]. Disponível em: <https://www.defesa.gov.pt/pt/comunicacao/documentos/Paginas/default.aspx>
168. Simões J de A, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies; 2017 [citado 10 de dezembro de 2019]. (Health Systems in Transition; vol. 2). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485714/>
169. Ministério da Justiça. Decreto 199/73, [Internet]. Diário do Governo. Sec. Série I mai 3, 1973 p. 682–6. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/199-1973-422010>
170. Conselho da Revolução. Decreto-Lei 103/77, 1977-03-22 - Cria o quadro de pessoal civil do Exército [Internet]. Diário da República. Sec. Série I p. 571–2. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/103-1977-141024>
171. Ministério dos Assuntos Sociais e Região Autónoma da Madeira. Decreto-Lei 426/77, 1977-10-13 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I out 13, 1977 p. 2482–4. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/426-1977-279417>
172. Ministro da República da Região Autónoma dos Açores. Decreto Regulamentar 32/80/A, 1980-12-11 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I dez 11, 1980 p. 4133–6. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/decregul/32/1980/12/11/a/dre/pt/html>
173. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto nº 342/72, de 29 de Agosto [Internet]. Diário do Governo. Sec. Série I, Decreto 342/72 ago 29, 1972 p. 1218. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/342-1972-688576?_ts=1646870400044
174. Salgueiro N. O Vestuário do Pessoal de Enfermagem (II): O Domínio do Branco. Rev Enferm Referência [Internet]. 2000 [citado 19 de dezembro de 2019];(5):79–86. Disponível em: <https://bit.ly/3jiukmK>
175. CDI-HCL. Ordem de Serviço 51/73 de 21/08/73 - Ajudantes de Enfermaria. Comissão Diretora e Instaladora - Hospitais Cíveis de Lisboa (CDI - HCL); 1973.
176. Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Assistência. Portaria nº 553/73, de 14 de Agosto [Internet]. Diário do Governo. Sec. serie I, 553/73, de 14 de Agosto ago 14, 1973 p. 1425–6. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/553-1973-419270>
177. Ministério da Educação, Organización de Estados Iberoamericanos, editores. Sistema Educativo Nacional de Portugal: 2003 [Internet]. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2003 [citado 22 de dezembro de 2019]. Disponível em: <https://www.oei.es>
178. Ministérios da Administração Interna, das Finanças e dos Assuntos Sociais. Decreto n.º 880/76, de 29 de Dezembro [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 880/76 1976 p. 2867. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/880-1976-416407>

Referências

179. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 231/92, 1992-10-21 [Internet]. Diário da República. Sec. Séria I-A, 231/92 out 21, 1992 p. 4905–8. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/231-1992-221359>
180. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 413/99, 15 de Outubro de 1999 [Internet]. Diário da República. Sec. I - Série A, 413/99 out 15, 1999 p. 6963–6. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/413-1999-311201>
181. Ministério da Saúde. Despacho nº 7/89 de 9-2-89. Diário da República. Sec. II Série, 7/89 mar 8, 1989 p. 2396–7.
182. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 12/89 de 24/08. (Edição Policopiada) ago 24, 1989.
183. ATSGS, editor. BIT-SGS - Boletim Informativo da ATSGS, ano 18, nº 23 [Internet]. ATSGS - Associação de Trabalhadores dos Serviços Gerais de Saúde; 2016 [citado 3 de janeiro de 2017]. Disponível em: <http://www.atsgs.pt>
184. Ministério da Saúde. Circular Informativa nº 57/2006 - Cursos de formação para auxiliares de acção médica e ajudantes de saúde no âmbito da rede nacional de cuidados continuados integrados. Ministério da Saúde; 2006.
185. Stilwell I, editor. Jornal Destak - Ano 8, nº1112 [Internet]. Metro News; 2009 [citado 3 de janeiro de 2020]. Disponível em: www.destak.pt
186. Sem Autor. Curso de Auxiliar de Enfermagem (Publicidade paga). Jornal Destak - Ano 7, nº 801, 12 de Novembro [Internet]. 801.^a ed. 2007 [citado 3 de janeiro de 2020];15. Disponível em: <http://www.destak.pt/edicoes/lisboa//78>
187. d’Espiney L. Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. Sísifo - Rev Ciênc Educ [Internet]. 2008 [citado 20 de fevereiro de 2021];0(6):7–20. Disponível em: <https://bit.ly/3kq7Rqo>
188. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Decreto-Lei nº 121/2008, de 2008-07-11 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 121/2008 jul 11, 2008 p. 4347–403. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/121-2008-456561>
189. Aleixo F. Manual do Assistente Operacional - Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Barlavento Algarvio EPE [Internet]. Hospital do Barlavento Algarvio EPE; 2009 [citado 25 de julho de 2013]. Disponível em: <https://bit.ly/3KCxgHK>
190. ACSS. Orientações de apoio à apresentação de candidaturas à Tipologia de Intervenção 3.6 – Qualificação dos Profissionais da Saúde POPH/2013. ACSS - Ministério da Saúde; 2013.
191. Ministério das Corporações e Previdência Social. Nomeação de uma comissão técnica para proceder aos estudos preparatórios de uma portaria de regulamentação de Trabalho para os empregados de consultórios médicos, policlinicas e estabelecimentos similares. Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência. Sec. Comissões Técnicas jan, 1971 p. 28.

Referências

192. Ministério das Corporações e Previdência Social. Regulamentação de Trabalho para os empregados de consultórios médicos, policlínicas e estabelecimentos similares. Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência. Sec. Portaria de Regulamentação de Trabalho jul, 1971 p. 1718–20.
193. Ministério do Trabalho. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Nacional de Hospitalização Privada e a Federação Nacional dos Sindicatos da indústria de Hotelaria e outros. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 14 abr 15, 1979 p. 1005–32.
194. Ministério do Trabalho e Segurança Social. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Nacional de Hospitalização Privada e a Federação Nacional dos Sindicatos da indústria de Hotelaria e Turismo de Portugal e outros - Alteração salarial e outras. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 24 jun 29, 1986 p. 1467–73.
195. Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e a Federação dos Sindicatos da Indústria de Hotelaria e Turismo de Portugal. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 1ª out 29, 1983 p. 2187–218.
196. Ministério do Emprego e Segurança Social. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e a FESHOT- Federação dos Sindicato da Hotelaria e Turismo de Portugal e outros. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 30 ago 15, 1992 p. 2112–42.
197. Conselho Económico e Social. Contrato colectivo entre a APHP — Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e a FESAHT — Federação dos Sindicatos da Agricultura, Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo de Portugal — Revisão global. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 15 abr 22, 2010 p. 1356–78.
198. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Contrato coletivo entre a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada - APHP e a FESAHT - Federação dos Sindicatos da Agricultura, Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo de Portugal e outro - Alteração salarial e outras e texto consolidado [Internet]. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 20 mai 29, 2019 p. 1994–2022. Disponível em: <http://bte.gep.msess.gov.pt/>
199. Conselho Económico e Social. Contrato coletivo entre a FNS - Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde e a Federação dos Sindicatos da Indústria e Serviços - FETESE [Internet]. BTE - Boletim do Trabalho e do Emprego. Sec. 29 ago 8, 2016 p. 2300–15. Disponível em: http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2016/bte29_2016.pdf
200. Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei 119/83 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I fev 25, 1983 p. 643–56. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1983-165201113>

Referências

201. Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei 519-G2/79 [Internet]. Diário da República. Sec. I dez 29, 1979 p. 446-(195) a 3446-(208). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/519-g2-1979-157007>
202. Governo de Portugal. Portaria de Regulamentação para os trabalhadores ao serviço das instituições particulares de solidariedade social [Internet]. BTE - Boletim do Trabalho e do Emprego. Sec. 31 ago 22, 1985 p. 1835–922. Disponível em: <http://bte.gep.msess.gov.pt/>
203. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Contrato coletivo entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade - CNIS e a FEPCES - Federação Portuguesa dos Sindicatos do Comércio, Escritórios e Serviços e outros - Revisão global [Internet]. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 39 out 22, 2017 p. 3848–96. Disponível em: <http://bte.gep.msess.gov.pt/>
204. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acordo de empresa entre a União das Misericórdias Portuguesas - UMP e a Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais e outros - Revisão global. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 33 set 8, 2015 p. 2698–735.
205. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Convenção Coletiva de Trabalho entre a UIPSS — União das instituições particulares de solidariedade social e a FNE — Feder. Nacional dos Sind. da Educação e outros. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 2 jan 15, 1999 p. 25–160.
206. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Acordo de Empresa entre a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e a FNE — Fed. Nacional dos Sind. da Educação e outros. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 47 dez 22, 2001 p. 3051–194.
207. Ministérios Das Finanças e do Plano, Dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Decreto Regulamentar 38/83, de 7 de Maio [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 38/83 mai 7, 1983 p. 1611–71. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/38-1983-450863>
208. Governo de Portugal. Decreto-Lei 322/91 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I ago 26, 1991 p. 4416–27. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/322-1991-403119>
209. Ministério da Saúde e Assistência - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Portaria nº 696/70 [Internet]. Diário de Governo. Sec. Série I Verão, 1970 p. 2024 (29)-2024 (33). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/696-1970-414430>
210. Ministério das Corporações e Segurança Social - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Portaria nº 327/74 [Internet]. Diário de Governo. Sec. Série I abr 24, 1974 p. 580-(27) a 580-(32). Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/327-1974-266085>

Referências

211. Ministério dos Assuntos Sociais - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Portaria nº 690/74 [Internet]. Diário de Governo. Sec. Série I out 24, 1974 p. 1268–74. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/690-1974-472275>
212. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Acordo de Empresa entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o SPGL — Sindicato dos Professores da Grande Lisboa e outros. BTE - Boletim do Trabalho e Emprego fev 15, 2009 p. 487–560.
213. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Acordo de empresa entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o STFPSSRA - Sindicato dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais do Sul e Regiões Autónomas e outro. Boletim do Trabalho e Emprego. Sec. 6 fev 15, 2013 p. 339–432.
214. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Acordo de empresa entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - SCML e o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses - SFP e outros - Revisão global [Internet]. BTE - Boletim do Trabalho e do Emprego. Sec. 18 mai 15, 2017 p. 1189–209. Disponível em: <http://bte.gep.msess.gov.pt/>
215. Correia T, Dussault G, Pontes C. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. Health Policy [Internet]. dezembro de 2015 [citado 17 de janeiro de 2017];119(12):1600–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.009>
216. OPSS. Relatório de Primavera 2018 - Meio caminho andado [Internet]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2018 [citado 21 de janeiro de 2020]. Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>
217. Conselho de Enfermagem. Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 28/2012 - Referencial de Formação do Técnico Auxiliar de Saúde (TAS) [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2012 [citado 9 de agosto de 2017]. Disponível em: <https://bit.ly/3Kt7FB5>
218. ANQ. Orientação Técnica n.º 13/2008 - Organização da Formação Prática em Contexto de Trabalho (FPCT) nos Cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA) [Internet]. 2008 [citado 11 de agosto de 2021]. Disponível em: <http://anq.addition.pt/np4/336>
219. Ministério da Educação. Portaria nº 1041/2010, de 7 de Outubro - Cria o curso e o perfil profissional de Técnico Auxiliar de Saúde [Internet]. Diário da República nº 195, 1º Série out 7, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/Port-1041-2010>
220. Ministério da Educação e Ciência. Decreto-Lei 176/2012, 2012-08-02 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 176/2012 ago 2, 2012 p. 4068–71. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2012-115653798>
221. Governo de Portugal. Portaria 235-A/2018, 2018-08-23 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, Portaria 235_A/2018 p. 4342-(2) a 4342-(17). Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/port/235-a/2018/08/23/p/dre/pt/html>

Referências

222. IEFEP. Regulamento específico dos cursos de aprendizagem 2018 [Internet]. IEFEP; 2018. Disponível em: <https://www.iefp.pt/modalidades-de-formacao>
223. Rodrigues SP. Guia de operacionalização de cursos de educação e formação de adultos [Internet]. Lisboa: ANQ - Agência Nacional para a Qualificação, I.P.; 2009 [citado 7 de junho de 2019]. (- (Recursos e Dinâmicas; 5); vol. 5). Disponível em: <http://anq.addition.pt/np4/345>
224. Ambrósio S, Santos L, Fonseca HM. A permeabilidade entre o ensino vocacional e o ensino superior: análise dos percursos dos alunos dos CET da Universidade de Aveiro. Em: Estudantes “não-tradicionais” no Ensino Superior [Internet]. Coimbra: CINEP/IPC; 2018. p. 187–208. Disponível em: <https://bit.ly/3KLiW9E>
225. Educação e Formação de Adultos na Europa: alargar o acesso às oportunidades de aprendizagem. Relatório Eurydice. [Internet]. Luxemburgo: Comissão Europeia /EACEA/Eurydice; 2015 [citado 2 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/np4/192.html>
226. Ministério da Educação e Ciência. Decreto-Lei 113/2014 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 113/2014 jul 16, 2014 p. 3874–8. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2014/07/16/p/dre/pt/html>
227. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei 11/2020 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I abr 2, 2020 p. 4–21. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/11/2020/04/02/p/dre>
228. Governo de Portugal. Portaria 232/2016, 2016-08-29 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 232/2016 p. 3006–14. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/232-2016-75216372>
229. Gaspar T, Aires M do C. Guia para o Processo de Alinhamento com o Quadro EQAVET [Internet]. Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P.; 2018 [citado 19 de agosto de 2021]. Disponível em: <http://www.qualidade.anqep.gov.pt/documentacao.asp>
230. Governo de Portugal. Decreto-Lei 92/2014, 2014-06-20 [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, Decreto-Lei 92/2014, 2014-06-20 jun 20, 2014 p. 3311–20. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/92-2014-25676935>
231. Governo de Portugal. Decreto-Lei 55/2018, Estabelece o currículo dos ensinos básico e secundário e os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens [Internet]. Diário da República. Sec. Série I, 55/2018 jul 6, 2018 p. 2928–43. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/55/2018/07/06/p/dre/pt/html>
232. Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2015 [citado 29 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Referências

233. ACS. Fórum Nacional de Saúde; implementação do Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde (ACS), Ministério da Saúde; 2007.
234. ACSS. Plano Estratégico 2008-2010 da Administração Central do Sistema de Saúde [Internet]. ACSS - Ministério da Saúde; [citado 26 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/ACSS-PA>
235. ACSS. Plano de Actividades 2008 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) [Internet]. ACSS - Ministério da Saúde; 2007 [citado 25 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/ACSS-PA>
236. ACSS. Plano de Actividades 2009 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) [Internet]. ACSS - Ministério da Saúde; 2008 [citado 25 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/ACSS-PA>
237. ACSS. Plano de Actividades 2010 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) [Internet]. ACSS - Ministério da Saúde; 2009 [citado 25 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/ACSS-PA>
238. ACSS. Plano de Actividades 2011 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) [Internet]. ACSS - Ministério da Saúde; 2010 [citado 25 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/ACSS-PA>
239. ACSS. Plano de Actividades 2012 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) [Internet]. ACSS - Ministério da Saúde; 2011 [citado 25 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/ACSS-PA>
240. ACSS. Relatório de Actividades de 2009 [Internet]. Lisboa: ACSS - Ministério da Saúde; 2010 [citado 4 de outubro de 2020]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RA2014.pdf>
241. Conselho de Enfermagem. Parecer nº 90/2009 do Conselho de Enfermagem: proposta de referenciais de RVCC e Formação Profissional. Auxiliar de Acção Médica. Ordem dos Enfermeiros; 2009.
242. UOCRFP - ACSS. Validação de referenciais de formação e RVCC profissional. 2009.
243. Raleiras N. É hora de Mudar. BIT-SGS - Boletim Informativo da ATSGS, [Internet]. 10.^a ed. 7 de novembro de 2009 [citado 3 de janeiro de 2017];2. Disponível em: <http://www.atsgs.pt>
244. Nunes P. Reforma do emprego público: breves considerações às grandes reformas em curso em Portugal. Tékhne - Rev Estud Politécnicos [Internet]. junho de 2009 [citado 31 de janeiro de 2020];(11):49–73. Disponível em: <https://bit.ly/2ZpdjAg>
245. Nunes AM, Harfouche AP. A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. Rev Gest Em Sist Saúde [Internet]. 1 de dezembro de 2015 [citado 13 de fevereiro de 2020];4(2):1–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145>

Referências

246. Fronteira I, Simões J, Augusto GF. Um olhar sobre a crise portuguesa: qual o legado para o SNS? *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* [Internet]. 15 de dezembro de 2018 [citado 18 de setembro de 2020];17(1):37–46. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/250>
247. Wöpking M. The education, training and qualifications of nursing and care assistants across Europe [Internet]. Brussels: Eurodiaconia; 2016 ago [citado 20 de novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.eurodiaconia.org>
248. Kroezen M, Schäfer W, Sermeus W, Hansen J, Batenburg R. Healthcare assistants in EU Member States: An overview. *Health Policy* [Internet]. outubro de 2018 [citado 29 de outubro de 2018];122(10):1109–17. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.004>
249. Bach S, Kessler I, Heron P. Nursing a Grievance? The Role of Healthcare Assistants in a Modernized National Health Service. *Gend Work Organ* [Internet]. março de 2012;19(2):205–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2009.00502.x>
250. ACSS. Relatório Actividades ACSS - 2011 [Internet]. Lisboa: ACSS - Ministério da Saúde; 2011 [citado 3 de março de 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/ACSS-PA>

6. Anexos

Lista de Anexos

Anexo n.º 1 - Texto base utilizado para pedidos de entrevista

Anexo n.º 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo n.º 3 - Guião da Entrevista

Anexo n.º 4 - Grelhas com a síntese da análise das entrevistas

Anexo n.º 5 - Corpus Documental

Anexo n.º 6 - Conselho de Ética do IHMT: Parecer nº 9-2017

Anexo n.º 7 - Comissão Nacional de Proteção de Dados: Autorização n.º 7851/ 2017

Anexo n.º 8 - Tabelas resumo da literatura revista

Anexo n.º 1

Texto base utilizado para pedidos de entrevista

ANEXO N.º 1 - TEXTO BASE UTILIZADO PARA PEDIDO DE ENTREVISTA

FORMALIZAÇÃO DO PEDIDO DE ENTREVISTA

Enviar após abordagem exploratória, a ser feita pessoalmente, por e-mail ou telefone

Ex.mo Senhor/ Ex.ma Senhora (NOME)

Venho por este meio formalizar o pedido de colaboração no estudo “Qualificação da força de trabalho da saúde: Uma análise comparativa da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010”, solicitando a sua disponibilidade para conceder uma entrevista sobre a temática.

Trata-se de um estudo conduzido por mim próprio, André Aurélio Marona Beja, no âmbito do Doutoramento em Saúde Internacional que me encontro a realizar no Instituto Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, sob orientação do Professor Doutor Paulo Ferrinho.

Esta entrevista faz parte de um conjunto mais alargado de entrevistas, a realizar junto dos participantes no processo de criação do perfil profissional e do referencial de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde.

Em caso de concordância do entrevistado, a entrevista será gravada, de modo a garantir fiabilidade dos dados relatados. As gravações serão armazenadas em formato digital num disco protegido com palavra passe e transcritas pelo autor do estudo, assegurando-se a destruição dos registos áudio após publicação dos resultados da investigação.

As respostas serão utilizadas para fins científicos, garantindo-se confidencialidade e proteção de dados e identidade de entrevistados. A transcrição só será acessível ao investigador e seus orientadores, sendo feita de modo a garantir a não inclusão de nomes, locais, data ou quaisquer elementos e referências que permitam identificar o/a entrevistado.

Caso requeira a não gravação da entrevista, os dados recolhidos durante a conversa serão utilizados como se de uma consulta informal se tratasse. Embora permitam ao

entrevistador uma maior compreensão do fenómeno em estudo, não serão diretamente citados.

Além da referida entrevista, ser-lhe-á solicitado que forneça ao investigador documentos relativos ao tema em análise que, na sua opinião, possam contribuir para o estudo, bem como a sugestão sobre outras pessoas a contactar para entrevista. Estes contributos serão voluntários, garantindo-se confidencialidade sobre a origem dos mesmos.

O participante poderá retirar-se do estudo até um ano após a data da entrevista e solicitar a não inclusão dos dados por si fornecidos, bastando que para tal contacte o investigador responsável, pessoalmente ou através dos contactos disponibilizados nesta carta.

Qualquer esclarecimento adicional sobre o estudo ou sobre a utilização dos dados recolhidos poderá ser obtido através dos referidos contactos.

Sem outro assunto de momento

Agradecemos a sua atenção

Contactos da equipa de investigação

Anexo n.º 2

Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado/a no trabalho de campo referente ao projecto “Qualificação da força de trabalho da saúde: Uma análise da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010”, investigação no âmbito do Doutoramento em Saúde Internacional a realizar pelo mestre André Aurélio Marona Beja no Instituto Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa, sob orientação do Professor Doutor Paulo Ferrinho.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da investigação. Fui informado/a dos objectivos estritamente académicos do estudo.

A minha colaboração far-se-á de forma anónima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização, tendo o autor esclarecido qual a utilização a dar aos dados por mim fornecidos.

Fui informado/a que o acesso e a análise da totalidade dos dados colhidos só será possível ao autor do estudo e seus orientadores, sendo este estudo enquadrado por a normas éticas que garantem o respeito pelos direitos

fundamentais da minha pessoa, nomeadamente o direito ao anonimato e à confidencialidade e o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo.

Estou ciente de que, caso tenha dúvidas ou me sinta prejudicado/a poderei contactar o autor do trabalho [ou seus orientadores].

Recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Data

Assinatura do/a entrevistado/a: _____

Assinatura do autor do trabalho: _____

Anexo n.º 3

Guião da Entrevista

ANEXO N.º 3 - GUIÃO DE ENTREVISTA

A ATORES ENVOLVIDOS NA CRIAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DE TAS

NOTA

Entrevista semiestruturada precedida de uma abordagem inicial que contempla uma apresentação do trabalho, o reforço do pedido para gravação e utilização dos dados e a assinatura do termo de consentimento livre e informado.

As questões constantes deste guião serão ajustadas ao perfil da pessoa entrevistada, podendo surgir outras mais adequadas.

Durante a entrevista poderão surgir questões novas, relacionadas com conteúdo do discurso da pessoa entrevistada.

No final da entrevista, solicitar acesso a documentos relevantes para análise deste processo que a pessoa entrevistada possa ter na sua posse e sugestões de outras pessoas a entrevista.

INTRODUÇÃO

Esta entrevista está integrada no projeto de investigação “Qualificação da força de trabalho da saúde: Uma análise da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010”, conduzido pelo investigador André Aurélio Marona Beja no âmbito do Doutoramento em Saúde Internacional que está a realizar no Instituto Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa, sob orientação do Professor Doutor Paulo Ferrinho.

Será realizada junto dos participantes no processo de criação do perfil profissional e do referencial de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde, as respostas serão utilizadas para fins científicos, garantindo-se confidencialidade e proteção de dados e identidade de entrevistados.

Tive conhecimento que participou na REFERIR FASE deste processo enquanto representante da REFERIR INSTITUIÇÃO.

O meu objetivo é descrever e caracterizar este processo, procurando compreender o papel dos diferentes atores, nomeadamente da REFERIR INSTITUIÇÃO. A entrevista será guiada por um conjunto de questões que, com o decorrer da conversa poderão levar a outras.

QUESTÕES

- Como se dá o seu envolvimento no processo?
- Quando é que os trabalhos se iniciaram e quando é que foi chamado e começou a participar?
- Quando iniciou a participação havia algum ponto de situação dos auxiliares de Saúde em Portugal?
- Como é que a ideia surgiu e quem foram os seus primeiros proponentes?
- Foi informada de algum horizonte ou objetivo a atingir com a implementação da formação - Início previsto, número de auxiliares a formar, etc?
- No início do processo foi fornecida alguma documentação de apoio? (solicitar acesso)
- Há documentos de trabalho, atas das reuniões ou algum documento final? (solicitar acesso)
- No momento em que deram por concluídos os trabalhos, existia alguma definição de metas a alcançar e de calendário de implementação?
- Quais considera terem sido os seus principais contributos (ou da organização que representa) neste processo?
- Que aspetos positivos gostaria de destacar deste processo e seus resultados?
- Quais os aspetos menos positivos?
- Na sua opinião, que medidas ainda faltam implementar?

Anexo n.º 4

Grelhas com a síntese da análise das entrevistas

ANEXO N.º 4 – GRELHAS COM A SÍNTESE DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Atores: Outros Interessados - Escolas profissionais (E10)				
Agenda	Elementos de contexto	Processo	Resultado final	Outros temas abordados
▪ Alargar catálogo de oferta formativa para jovens ▪ Responder a necessidades de mão de obra qualificada no mercado de trabalho - Perspetiva dos setores público, privado e social	▪ Inexistência de formação para trabalhadores de nível intermédio no setor da saúde ▪ Falta de mão de obra e qualificação e necessidades do mercado ▪ Estratégia de qualificação da população - Escolaridade obrigatória alargada a 12 anos	▪ Elaboração e consolidação da proposta apresentada pelo consorcio das escolas à ANQ ▪ Contributo mais técnico na consolidação da proposta final, no âmbito do CSQ Aspetos positivos que identificam ▪ Participação de diferentes parceiros - Complementaridade de propostas ▪ Dinâmica de trabalho - Procura de consensos para resposta a necessidade	Ganhos que valorizam ▪ Definição de um quadro claro para regular formação e atividade de um grupo profissional muito desvalorizado ▪ Antecipa impacto na qualidade dos cuidados	▪ Empregabilidade elevada ▪ Muito formandos prosseguiram estudos ▪ Regular acesso à profissão: não é prioridade, mas “pelo menos protegia as pessoas que investiram na sua formação”
		Aspetos negativos e tensões que identificam ▪ Alguma morosidade, considerada normal ▪ Tensões nos debates sobre - Competências e limites da atuação do TAS - Nível da qualificação a criar	Insuficiências referidas Não refere	
		Outros participantes que destacam ▪ ANQ - Iniciativa e liderança ▪ Outras escolas - Proposta comum ▪ Enfermeiros - Defesa de jurisdição profissional - Contributo técnico	Momento atual ▪ Considera que qualificação terá tido impacto na qualidade dos cuidados ▪ Referência breve a necessidade de criar RVCC ▪ Necessidade de revisão de - Atividade e perfil do TAS - Referencial de formação	

Atores: Outros Interessados – Entidades empregadoras (E3)				
Agenda	Elementos de contexto	Processo	Resultado final	Outros temas abordados
▪ Mercado de trabalho necessita de mais mão de obra e de mais qualificação - Perspetiva dos setores público, privado e social	▪ Desenvolvimento das redes de cuidados de saúde e de cuidados continuados e na comunidade ▪ Falta de mão de obra e qualificação e necessidades do mercado ▪ Especialização das profissões abre espaço a novos perfis	▪ Define participação como um contributo para a reflexão e debate de ideias no âmbito do CSQ ▪ Acompanhamento da consolidação da proposta final Aspetos positivos que identificam ▪ Oportunidade de trabalhar com diferentes parceiros ▪ Procura de resposta a uma necessidade concreta	Ganhos que valorizam Definição de um quadro claro para regular formação e atividade de um grupo profissional muito desvalorizado Antecipa impacto na qualidade dos cuidados	▪ Empregabilidade elevada ▪ Importância da iniciativa para valorização pessoal e técnica dos trabalhadores
		Aspetos negativos e tensões que identificam ▪ Morosidade e complexidade do processo ▪ Falta de elementos para enquadrar discussão	Insuficiências que referem Qualificação muito orientado para instituições de saúde e pouco vocacionada para setor social	
		Outros participantes que destacam ▪ Não dá destaque a nenhum em particular	Momento atual ▪ Importância da iniciativa para valorização pessoal e técnica dos trabalhadores ▪ Empregabilidade elevada	

Atores: Atores: Ordem dos Enfermeiros (E4 e E5)

Agenda	Elementos de contexto	Processo	Resultado final	Outros temas abordados
▪ Garantir criação de quadro regulador da atividade dos AS - Claro e definido, não sobreponível à atividade de enfermagem - Com formação e níveis de autonomia adequadas às funções ▪ Qualidade de cuidados e segurança do utente - Perspetiva de reforço do SNS e regulação do setor privado ▪ Pela natureza das funções dos AS, enfermeiros devem ter papel ativo na sua regulação	▪ Contexto demográfico e epidemiológico do país e da Europa ▪ Desenvolvimento da enfermagem em Portugal ▪ Perfil e formação de trabalhadores de apoio aos cuidados: - Inexistência - Outras tentativas de criar quadro regulador ▪ Estratégia de Qualificação do país ▪ Compromissos Europeus e quadros de financiamento ▪ Ciclos políticos em Portugal ▪ Evolução e complexificação dos sistemas de saúde e prestação de cuidados - Necessidade e mais e melhores profissionais - Desenvolvimento das diferentes profissões, nomeadamente da enfermagem	▪ Contributo técnico muito extenso na construção da proposta da ACSS e na consolidação da proposta final, no âmbito do CSQ Aspetos positivos que identificam ▪ Abertura para redefinição da proposta inicial apresentada pela ACSS à OE ▪ Metodologia de trabalho clara e prática ▪ Profundidade e rigor no debate de propostas e na construção de uma alternativa ▪ Articulação de entidades que não estão no mesmo nível estratégico de decisão e disponibilidade para prolongar esta parceria para lá da fase de conceção ▪ Orientação para contexto e realidade do país - Análise de exemplos, sem replicar modelos	Ganhos que valorizam ▪ Perfil profissional - Orientado para saúde da pessoa, paradigma mais amplo que o do auxílio a outros profissionais e tratamento de doentes. - Claro nas funções, limites de atuação e níveis de autonomia - Equilíbrio entre competências, atribuições e a exigência de conhecimentos teórico práticos - Perfil de “banda larga”, qualifica para múltiplos contextos ▪ Impacto expectável no trabalho das equipas e na qualidade dos cuidados	▪ Segmento da força de trabalho desconhecido e a que é dada pouca atenção ▪ Importância da iniciativa para valorização técnica e pessoal destes trabalhadores ▪ Necessidade de mecanismos de regulação dos AS mais efetivos, que não se limitem ao setor da saúde ▪ Reação de alguns enfermeiros à aprovação da qualificação ▪ Projeto para acompanhar implementação da medida ▪ Desconhecem medidas de planeamento da força de trabalho, - Fixação de número de AS a forma. - Horizonte para formar AS no ativo - Medidas para atração e retenção de AS qualificados ▪ Outros aspetos - Informados pela ACSS sobre auscultação a enfermeiros (que não a OE) e outros atores na preparação da proposta inicial
		Aspetos negativos e tensões que identificam ▪ Morosidade do processo de validação política ▪ Identificam tensão no seio do CSQ em torno do nível de formação ▪ Referem ter sido possível observar disputa de diferentes agendas e interesses	Insuficiências referidas ▪ Não aprovação de referencial RVCC que estava pronto	
		Outros participantes que destacam ▪ ACSS - Iniciativa e liderança - Compreensão da importância do papel dos enfermeiros neste processo - Qualidade do trabalho técnico	Momento atual ▪ Indícios de abandono de dois processos fundamentais: - Aprovação do referencial RVCC - Acompanhamento e avaliação da implementação da medida ▪ Necessidade de pensar estrategicamente o desenvolvimento de linha formativa para este perfil através de cursos CET ou CTESP	

Atores: Auxiliares (ACSS)- (E7, 11 e 12)				
Agenda	Elementos de contexto	Processo:	Resultado final	Outros temas abordados
▪ Garantir criação de quadro regulador da atividade dos AS - Claro e definido - Com formação e níveis de autonomia adequadas às funções ▪ Qualidade de cuidados e segurança de utentes - Perspetiva de reforço do SNS ▪ Valorização do seu estatuto profissional - Reconhecimento enquanto profissão de saúde - Reposição de designação profissional e carreira no SNS	▪ Papel e percurso dos auxiliares nos serviços de saúde ao longo dos tempos ▪ Anos de mobilização sindical e associativa ▪ Tentativas anteriores para criar quadro regulador da atividade e formação ▪ Inexistência de formação de nível intermédio no setor da saúde ▪ Compromissos europeus e forma como condicionam decisões internas ▪ Ciclos políticos em Portugal ▪ Evolução e complexificação dos sistemas de saúde e da prestação de cuidados - Necessidade e mais e melhores profissionais - Desenvolvimento das diferentes profissões, nomeadamente da enfermagem	▪ Auscultados pela ACSS ao longo do processo - Valorizam trabalho de reflexão, de debate de ideias e de mobilização dos AS para apoiar a ACSS no levantamento de necessidades - Referem não ter tido condições para contributo técnico na construção dos referenciais Aspetos positivos que identificam ▪ Oportunidade de participar e transmitir à ACSS os pontos de vista e experiência dos AS que estão no terreno	Ganhos que valorizam ▪ Definição de quadro claro para regular formação e atividade de grupo profissional desvalorizado • Impacto expectável no trabalho das equipas e na qualidade dos cuidados	▪ Segmento da força de trabalho desconhecido e a que é dada pouca atenção ▪ Reação de alguns enfermeiros à aprovação da qualificação ▪ Empregabilidade elevada ▪ Apesar de não ser obrigatório, está a ser dada preferência a TAS em alguns processos de recrutamento, mas são contratados como AO. ▪ Ideia de um registo dos TAS e de formação mandatória são vistas com interesse ▪ inexistência de medidas de planeamento da força de trabalho, - Fixação de número de AS a formar - Medidas para fixação e retenção NOTA: há perspetivas diferentes do papel dos sindicatos e das associações, mas estes pontos são comuns
		Aspetos negativos e tensões que identificam ▪ Morosidade ▪ Condicionamento do processo por - Contexto histórico - Agenda de outros grupos profissionais - Interesses económicos contrários a mudanças com impacto no salário ou estatuto dos AS	Insuficiências que referem Referem quebra de expectativas porque • Perfil conferia pouca autonomia aos AS - Em relação a AAM, mais exigência de formação e menos autonomia • Faltam mecanismos para RVCC • Falta designação e carreira profissional	
		Outros participantes que destacam ▪ ACSS - Disponibilidade para parceria com AS ▪ Apesar de não terem grande interação com outros atores neste processo, apontam aos decisores políticos, enfermeiros e entidades patronais, responsabilidade por tentarem, de forma recorrente, limitar o aprofundamento perfil profissional e o quadro funcional dos AS	Momento atual ▪ Medida foi importante na valorização técnica e pessoal dos AS ▪ Necessidade de - Mecanismo para RVCC - Avaliar qualidade da formação - Rever o referencial para adequação de funções (retirar algumas) - Estratégia para formar AS no ativo - Designação profissional e carreiras próprias	

Atores: Auxiliares (ANQ)- (E1, E2)				
Agenda	Elementos de contexto	Processo:	Resultado final	Outros temas abordados
► Garantir criação de quadro regulador da atividade dos AS - Claro e definido - Com formação e níveis de autonomia adequadas às funções ► Qualidade de cuidados e segurança de utentes - Perspetiva de reforço do SNS ► Valorização do seu estatuto profissional - Reconhecimento enquanto profissão de saúde - Reposição de designação profissional e carreira no SNS	► Papel e percurso dos auxiliares nos serviços de saúde ao longo dos tempos ► Anos de mobilização sindical e associativa ► Tentativas anteriores para criar quadro regulador da atividade e formação ► Inexistência de formação de nível intermédio no setor da saúde ► Compromissos europeus e forma como condicionam decisões internas ► Ciclos políticos em Portugal ► Evolução e complexificação dos sistemas de saúde e da prestação de cuidados - Necessidade e mais e melhores profissionais - Desenvolvimento das diferentes profissões, nomeadamente da enfermagem	Participaram nas discussões no âmbito do CSQ, (reflexão inicial e trabalho técnico) Referência a trabalho prévio e paralelo Aspetos positivos que identificam ► Participação de diferentes parceiros - Complementaridade de propostas ► Dinâmica de trabalho - Procura de consensos	Ganhos que valorizam ► Definição de quadro claro para regular formação e atividade de grupo profissional desvalorizado ► Curso de dupla certificação com equivalência ao 12º ano ► Impacto expectável no trabalho das equipas e na qualidade dos cuidados	► Segmento da força de trabalho desconhecido e a que é dada pouca atenção ► Importância na valorização técnica e pessoal dos AS ► Ideia de um registo dos TAS e de formação mandatória são vistas com interesse ► inexistência de medidas de planeamento da força de trabalho, - Fixação de número de AS a formar - Medidas para fixação e retenção A questão da estratégia de qualificação é referida, mas, ao contrário de outros atores, não é apontada como determinante na decisão de criar o curso mas sim na de atribuição de um nível 3 NOTA: há perspetivas diferentes do papel dos sindicatos e das associações, mas estes pontos são comuns
		Aspetos negativos e tensões que identificam ► Morosidade ► Inexistência de documentação enquadadora ► Condicionamento do processo por - Contexto histórico - Agenda de outros grupos profissionais - Interesses económicos contrários a mudanças com impacto no salário ou estatuto dos AS ► Tensões nos debates sobre - Competências e limites da atuação do TAS - Nível da qualificação a criar	Insuficiências que referem Referem quebra de expectativas porque ► Faltam mecanismos para RVCC ► Falta designação e carreira profissional	
		Outros participantes que destacam ► ANQ - Iniciativa, liderança e mediação ► ACSS - Contributo Técnico, liderança e mediação ► Enfermeiros - Defesa de jurisdição profissional - Contributo técnico	Momento atual ► Necessidade de ✓ Mecanismo para RVCC - Avaliar qualidade da formação - Rever o referencial para adequação de funções (retirar algumas, rever autonomia) - Estratégia para formar AS no ativo - Designação profissional e carreiras próprias	

Atores: Outros Interessados - Decisores (E6)

Agenda	Elementos de contexto	Processo:	Resultado final	Outros temas abordados
► Atualizar CNQ com uma qualificação ligada a saúde - Quadro regulador da formação e atividade dos AS - Alinhamento com estratégia de qualificação da população	► Estratégia de qualificação da população ► Inexistência de formação de nível intermédio no setor da saúde ► Necessidade sentida no mercado de trabalho - SNS - Setor privado e social - Escolas profissionais e centros de formação	Aspetos positivos que identificam ► Participação de diferentes parceiros ✓ Complementaridade de propostas ► Dinâmica de trabalho ✓ Procura de consensos ✓ Apesar das tensões, não houve oposição	Ganhos que valorizam ► Perfil profissional - Claro nas funções, limites de atuação e níveis de autonomia - Referencial de formação inicial, dupla certificação, nível 3 - Perfil de “banda larga”, qualifica para múltiplos contextos ► Impacto expectável no trabalho das equipas e na qualidade dos cuidados	► Aspetos técnicos da construção do CNQ e da definição de prioridades de formação
		Aspetos negativos e tensões que identificam ► Alguma morosidade, considerada normal ► Demora na validação política, culminando com a não aprovação do RVCC ► Tensões nos debates sobre - Competências e limites da atuação do TAS - Nível da qualificação a criar	Insuficiências que referem ► Não aprovação de referencial RVCC que estava pronto	
		Outros participantes que destacam ► ACSS - Contributo Técnico, liderança e mediação ► Escolas Profissionais - Iniciativa e contributo técnico ► Enfermeiros - Defesa de jurisdição profissional - Contributo técnico	Momento atual • Necessidade de - Mecanismo para RVCC - Rever o referencial	

Atores: Outros Interessados – Decisores (E8)				
Agenda	Elementos de contexto	Processo:	Resultado final	Outros temas abordados
- Garantir criação de quadro regulador da atividade dos AS - Claro e definido - Formação e níveis de autonomia adequadas às funções - Qualidade de cuidados e segurança de utentes - Perspetiva de reforço do SNS e regulação de outros setores - Alinhamento com estratégia de qualificação da população - Acesso a fundos europeus <u>Agenda não contemplava</u> - Criar carreiras - Substituição de profissionais - Impor regulação de acesso a atividade através de registo ou título profissional	- Papel e percurso dos auxiliares nos serviços de saúde ao longo dos tempos - Tentativas anteriores para criar quadro regulador da atividade e formação - Inexistência de formação de nível intermédio no setor da saúde - Compromissos europeus e financiamento comunitário - Ciclos políticos em Portugal - Evolução e complexificação dos sistemas de saúde e da prestação de cuidados - Necessidade de mais e melhores profissionais - Desenvolvimento das diferentes profissões, nomeadamente da enfermagem	Aspetos positivos que identificam - Participação de diferentes parceiros ✓ Complementaridade de propostas - Dinâmica de trabalho - Discussão ampla entre múltiplos interessados - Procura de consensos - Apesar das tensões, não houve oposição	Ganhos que valorizam - Perfil profissional - Claro nas funções, limites de atuação e níveis de autonomia - Referencial de formação inicial, dupla certificação, nível 3 - Equilíbrio entre competências, atribuições e a exigência de conhecimentos teórico práticos - Qualifica para múltiplos contextos - Orientar de formação modular - Valorização técnica e pessoal dos AS - Impacto expectável no trabalho das equipas e na qualidade dos cuidados	- Segmento da força de trabalho desconhecido e a que é dada pouca atenção - Necessidade de refletir mecanismos de regulação dos AS mais efetivos, que não se limitem ao setor da saúde e ao setor público - Projeto para acompanhar implementação da medida - Inexistência de uma perspectiva de planeamento da força de trabalho, - Fixação de número de AS a formar por ano. - Horizonte temporal para formar AS no ativo
		Aspetos negativos e tensões que identificam - Alguma morosidade, considerada normal - Demora na validação política, culminando com a não aprovação do RVCC - Tensões nos debates sobre - Competências e limites da atuação do AS - Nível da qualificação a criar	Insuficiências que referem Não aprovação de referencial RVCC que estava pronto	
		Outros participantes que destacam - ANQ - Parceria institucional, mobilização e liderança - Representantes dos auxiliares - Na 1ª fase (ACSS) – reflexão e mobilização - Na 2ª fase (ANQ) -12º ano e trabalho técnico - Enfermeiros - Contributo Técnico	Momento atual - Necessidade de - Mecanismo para RVCC - Avaliar impacto da medida e qualidade da formação - Rever o referencial - Estratégia para formar AS no ativo	

Atores: Decisores (E9)				
Agenda	Elementos de contexto	Processo:	Resultado final	Outros temas abordados
► Garantir criação de quadro regulador da atividade dos AS - Claro e definido - Formação e níveis de autonomia adequadas às funções ► Qualidade de cuidados e segurança de utentes - Perspetiva de reforço do SNS e regulação do privado e social ► Alinhamento com estratégia de qualificação da população <u>Agenda não contemplava</u> ► Criar carreiras ► Substituição de profissionais ► Impor regulação de acesso a atividade através de registo ou título profissional	► Papel e percurso dos auxiliares nos serviços de saúde ao longo dos tempos ► Estratégia de qualificação da população ► Compromissos Europeus e quadros de financiamento ► Ciclos políticos em Portugal ► Evolução e complexificação dos sistemas de saúde e da prestação de cuidados - Necessidade e mais e melhores profissionais - Desenvolvimento das diferentes profissões, nomeadamente da enfermagem	Aspetos positivos que identificam ► Entendimento com diferentes parceiros, nomeadamente ordens profissionais	Ganhos que valorizam ► Definição de quadro claro para regular formação e atividade dos AS - Formação de base deixa de ser responsabilidade das unidades de saúde, - Racionalização e homogeneidade ► Importância na valorização técnica e pessoal dos AS ► Curso de dupla certificação com equivalência ao 12º ano - Percurso alternativo para jovens ► Impacto expectável no trabalho das equipas e na qualidade dos cuidados	► Garantir criação de quadro regulador da atividade dos AS - Claro e definido - Com formação e níveis de autonomia adequadas às funções ► Qualidade de cuidados e segurança de utentes - Perspetiva de reforço do SNS ► Valorização do seu estatuto profissional - Reconhecimento enquanto profissão de saúde - Reposição de designação profissional e carreira no SNS
		Aspetos negativos e tensões que identificam Não referidos	Insuficiências que referem ► Falta de mecanismos para RVCC - Limitação justificada com aspetos contextuais	
		Outros participantes que destacam ► Enfermeiros - Parceiro incontornável devido a potenciais conflitos em torno da jurisdição profissional - Entendimento sobre necessidade de criar mecanismos para formação dos AS	Momento atual Não referidos	

Anexo n.º 5

Corpus Documental

ANEXO N.º 5 – *CORPUS DOCUMENTAL*

<i>Corpus Documental</i>			
Categoria	Referência	Unidade Análise 1	Unidade Análise 2
Artigos científicos	Barros, R.M., Belando-Montoro, M., 2013. Europeização das Políticas de Educação de Adultos: reflexões teóricas a partir dos Casos de Espanha e Portugal. Arquivos Analíticos de Políticas Educativas 21, 71. https://doi.org/10.14507/epaa.v21n71.2013	X	
Artigos científicos	Cerqueira, M. de F., Martins, A.M. de O., 2011. A consolidação da Educação e Formação profissional na Escola Secundária nos últimos 50 anos, em Portugal. Revista Lusófona de Educação 17, 123–145.	X	
Artigos científicos	Conceição, C., Lima, C., Ferrinho, P., 2007. Reforming the Portuguese health services system: key human resources for health issues. Cah Sociol Demogr Med 47, 241–257.	X	
Artigos científicos	Correia, T., Dussault, G., Pontes, C., 2015. The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. Health Policy, Health Workforce Governance in Europe 119, 1600–1605. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.009	X	
Artigos científicos	Correia, T., Gomes, I., Nunes, P., Dussault, G., 2020. Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making? Health Policy 124, 303–310. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.014	X	
Artigos científicos	d’Espiney, L., 2008. Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. Sísifo - Revista de Ciências da Educação 0, 7–20.	X	
Artigos científicos	Esteves, A., Branco, M.L.F., 2018. O ensino profissional na escola secundária pública portuguesa: Percepções dos seus principais agentes educativos. epaa 26, 78. https://doi.org/10.14507/epaa.26.2791	X	
Artigos científicos	Fronteira, I., Simões, J., Augusto, G.F., 2018. Um olhar sobre a crise portuguesa: qual o legado para o SNS? Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 17, 37–46. https://doi.org/10.25761/anaisiht.250		X

Artigos científicos	Gonçalves, C.M., 2007. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto 17, 177–223.	X	
Artigos científicos	Inês, R., Nunes, L., 2011. Referenciais de formação e de desempenho: o caso dos Técnicos Auxiliares de Saúde. Revista da Ordem dos Enfermeiros: III Conferência do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros 1, 31–36.	X	X
Artigos científicos	Nunes, A.M., Harfouche, A.P., 2015. A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde 4, 1–8. https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145		X
Artigos científicos	Nunes, P., 2009. Reforma do emprego público: breves considerações às grandes reformas em curso em Portugal. Tékhne - Revista de Estudos Politécnicos 49–73.		X
Artigos científicos	Pinto, A.C., 2006. A certificação de competências profissionais em Portugal - Passado, presente e futuro. Fórum Sociológico, II 171–188.	X	
Artigos científicos	Salgueiro, N., 2000. O Vestuário do Pessoal de Enfermagem (II): O Domínio do Branco. Revista de Enfermagem Referência 79–86.	X	
Artigos científicos	Silva, H., 2015. Percursos e Desafios de uma Investigação sobre a História da Profissão de Enfermagem em Portugal (séc. XIX-XX). Pensar Enfermagem 19, 68–84.	X	
Artigos científicos	Simões, J., Fronteira, I., 2019. Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. e-Pública: Revista Eletrónica de Direito Público 6, 4–14.	X	X
Artigos científicos	Subtil, C.L., Vieira, M., 2011. Funções e condições de trabalho de um enfermeiro no Hospital de S. José (meados do século XIX). Revista de Enfermagem Referência serie III, 181–190. https://doi.org/10.12707/RIII1145	X	
Artigos científicos	Tolfo, S. da R., 2002. A carreira profissional e seus movimentos: revendo conceitos e formas de gestão em tempos de mudanças. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho 2, 39–63.	X	
Artigos científicos	Veríssimo, L., Poeira, A., 2012. Tipologia de perfis socioprofissionais e a identificação profissional numa organização de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública 30, 143–148. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.07.001	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Conselho Económico e Social, 2010. Contrato colectivo entre a APHP — Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e a FESAHT — Federação dos Sindicatos da Agricultura, Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo de Portugal — Revisão global., Boletim do Trabalho e Emprego.	X	

Contratos coletivos de trabalho e similares	Conselho Económico e Social, 2016. Contrato coletivo entre a FNS - Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde e a Federação dos Sindicatos da Indústria e Serviços - FETESE, BTE - Boletim do Trabalho e do Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2013. Acordo de empresa entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o STFPSSRA - Sindicato dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais do Sul e Regiões Autónomas e outro, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2015. Acordo de empresa entre a União das Misericórdias Portuguesas - UMP e a Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais e outros - Revisão global, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério das Corporações e Previdência Social, 1971b. Regulamentação de Trabalho para os empregados de consultórios médicos, policlinicas e estabelecimentos similares, Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Emprego e Segurança Social, 1992. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e a FESHOT- Federação dos Sindicato da Hotelaria e Turismo de Portugal e outros, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho e da Segurança Social, 1983. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e a Federação dos Sindicatos da Indústria de Hotelaria e Turismo de Portugal, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009. Acordo de Empresa entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o SPGL — Sindicato dos Professores da Grande Lisboa e outros, BTE - Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999. Convenção Coletiva de Trabalho entre a UIPSS — União das instituições particulares de solidariedade social e a FNE — Feder. Nacional dos Sind. da Educação e outros., Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2001. Acordo de Empresa entre a União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e a FNE — Feder. Nacional dos Sind. da Educação e outros., Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho e Segurança Social, 1986. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Nacional de Hospitalização Privada e a Federação Nacional dos Sindicatos da indústria de Hotelaria e Turismo de Portugal e outros - Alteração salarial e outras, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	

Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho, 1979. Contrato Coletivo de Trabalho entre a Associação Nacional de Hospitalização Privada e a Federação Nacional dos Sindicatos da indústria de Hotelaria e outros, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017a. Contrato coletivo entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade - CNIS e a FEPCES - Federação Portuguesa dos Sindicatos do Comércio, Escritórios e Serviços e outros - Revisão global, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017b. Acordo de empresa entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - SCML e o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses - SFP e outros - Revisão global, BTE - Boletim do Trabalho e do Emprego.	X	
Contratos coletivos de trabalho e similares	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019. Contrato coletivo entre a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada - APHP e a FESAHT - Federação dos Sindicatos da Agricultura, Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo de Portugal e outro - Alteração salarial e outras e texto consolidado, Boletim do Trabalho e Emprego.	X	
Documentos internos - atas	ANQ, 2009. Conselho Sectorial para a Qualificação- Saúde e Serviços à Comunidade: Acta da 1ª reunião, 21/05/2009.		X
Documentos internos - atas	ANQ, 2010a. Conselho Sectorial para a Qualificação- Saúde e Serviços à Comunidade: Acta da 2ª reunião, 24/03/2010.		X
Documentos internos - atas	ANQ, Memorando da terceira reunião do CSQ Saúde e Serviços à Comunidade		X
Documentos internos - circulares e ofícios	ANQ, Qualificação Técnico Auxiliar de Saúde-CSQ Saúde e serviços comunitários (conclusões do processo de conciliação) (carta)		X
Documentos internos - circulares e ofícios	CDI-HCL, 1973. Ordem de Serviço 51/73 de 21/08/73 - Ajudantes de Enfermaria.	X	
Documentos internos - circulares e ofícios	Enfermeiro-Mor dos HCL, 1968. Ordem de Serviço 6 305 de 09/02/68 - Atribuições dos Ajudantes de Enfermaria.	X	
Documentos internos - circulares e ofícios	Gabinetes das Secretárias de Estado Adjunta e da Justiça e da Saúde, 2019. Despacho 9121/2019, 2019-10-10, Diário da República.	X	
Documentos internos - circulares e ofícios	Ministério da Saúde, 2006. Circular Informativa n.º 57/2006 - Cursos de formação para auxiliares de acção médica e ajudantes de saúde no âmbito da rede nacional de cuidados continuados integrados.	X	

Documentos internos - outros	ACSS, Etapas de construção dos referenciais de RVCC de formação profissional - Metodologia		X
Documentos internos - outros	ACSS, Memorando reunião painel de acompanhamento do "estudo com vista a apoiar a fase de conceção de guiões do referencial de formação e referencial RVCC"		X
Documentos internos - outros	ACSS, Validação de Referencial de formação de RVCC Profissional (ofício solicitando parecer)		X
Documentos internos - outros	Aleixo, F., 2009. Manual do Assistente Operacional - Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Barlavento Algarvio EPE.	X	
Documentos internos - outros	Conselho de Enfermagem, 2009. Parecer nº 90/2009 do Conselho de Enfermagem: proposta de referenciais de RVCC e Formação Profissional. Auxiliar de Acção Médica.		X
Documentos internos - outros	Conselho de Enfermagem, 2011. Parecer 40/2011 do Conselho de Enfermagem: Técnico/a Auxiliar de Saúde - Referenciais e sua utilização.	X	
Documentos internos - outros	Direcção de Enfermagem CHLC, Funções e Atividades das Assistentes Operacionais nas Unidades de Internamento de Obstetrícia e Ginecologia.		X
Documentos internos - outros	Ordem dos Enfermeiros, Parecer 18/2010 - Referencial de formação e RVCC de AG (parecer do Conselho de Enfermagem)		X
Documentos internos - outros	Ordem dos Enfermeiros, Parecer 28/2012 - Referencial de formação de TAS (parecer do Conselho de Enfermagem)		X
Documentos internos - outros	Ordem dos Enfermeiros, Parecer Técnico Auxiliar de Saúde - referenciais de utilização (parecer do Conselho de Enfermagem)		X
Documentos internos - outros	Portugal - Tribunal de Contas, 2017. Auditoria: Utilização de dinheiros públicos (nacionais e comunitários) na formação e as necessidades do mercado de trabalho: Formação profissional secundária e pós-secundária não superior (No. 8/2017 – 2ª. S). Tribunal de Contas, Lisboa.	X	
Documentos internos - outros	UOCRFP - ACSS, 2009. Validação de referenciais de formação e RVCC profissional.		X
Documentos públicos - implementação	ACSS, 2013. Orientações de apoio à apresentação de candidaturas à Tipologia de Intervenção 3.6 – Qualificação dos Profissionais da Saúde POPH/2013.	X	

Documentos públicos - implementação	ANQ, 2010. Catálogo Nacional de Qualificações: Perfil Profissional e Referencial de Formação do Técnico Auxiliar de Saúde.	X	X
Documentos públicos - implementação	ANQ, 2010b. Catálogo Nacional de Qualificações: Perfil Profissional e Referencial de Formação do Técnico Auxiliar de Saúde.	X	X
Documentos públicos - implementação	ANQEP, 2008. Orientação Técnica n.º 13/2008 - Organização da Formação Prática em Contexto de Trabalho (FPCT) nos Cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA).		X
Documentos públicos - implementação	Gaspar, T., Aires, M. do C., 2018. Guia para o Processo de Alinhamento com o Quadro EQAVET.		X
Documentos públicos - implementação	IEFP, 2003. Relatório de Actividades – 2003. Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), Lisboa.	X	
Documentos públicos - implementação	IEFP, 2018. Regulamento específico dos cursos de aprendizagem 2018.		X
Documentos públicos - planeamento	ACS, 2005. Implementação do PNS. Um roteiro estratégico para a Fase II - 2004/2006. Alto Comissariado da Saúde (ACS), Ministério da Saúde, Lisboa.	X	X
Documentos públicos - planeamento	ACSS, 2007. Plano de Actividades 2008 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).		X
Documentos públicos - planeamento	ACSS, 2008. Plano de Actividades 2009 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).		X
Documentos públicos - planeamento	ACSS, 2009. Plano de Actividades 2010 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).		X
Documentos públicos - planeamento	ACSS, 2010a. Plano de Actividades 2011 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).		X
Documentos públicos - planeamento	ACSS, 2011a. Plano de Actividades 2012 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).		X
Documentos públicos - planeamento	ACSS, n.d. Plano Estratégico 2008-2010 da Administração Central do Sistema de Saúde.		X
Documentos públicos - planeamento	UE, 2008. Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde - COM(2008).		X

Documentos públicos - relatórios	ACS, 2007. Fórum Nacional de Saúde; implementação do Plano Nacional de Saúde. Alto Comissariado da Saúde (ACS), Ministério da Saúde, Lisboa.		X
Documentos públicos - relatórios	ACSS, 2010b. Relatório de Actividades de 2009. ACSS - Ministério da Saúde, Lisboa.		X
Documentos públicos - relatórios	ACSS, 2011b. Relatório Actividades ACSS - 2011. ACSS - Ministério da Saúde, Lisboa.		X
Documentos públicos - relatórios	Correia, T., Dussault, G., Gomes, I., Augusto, M., Temido, M., Nunes, P., 2018. Recursos humanos na saúde: o que se sabe e o que falta saber, in: Relatório Primavera 2018. OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa, pp. 68–107.	X	
Documentos públicos - relatórios	INA, 2011. INA: Relatório Actividades 2010. INA - Instituto Nacional de Administração, Lisboa.	X	
Documentos públicos - relatórios	INA, 2012. INA: Relatório Actividades 2011. INA - Instituto Nacional de Administração, Lisboa.	X	X
Documentos públicos - relatórios	Ministério da Saúde, 2019. Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2018. Ministério da Saúde, Lisboa.	X	
Documentos públicos - relatórios	OPSS, 2018. Relatório de Primavera 2018 - Meio caminho andado. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.	X	
Estudos	ACSS, IESE, 2012. Estudo sobre perfis profissionais emergentes, nível II e III de saída, no âmbito da saúde - Relatório Final. ACSS - Ministério da Saúde; IESE - Instituto de Estudos Sócio Económicos, Lisboa.	X	
Estudos	Jorge, A., Valente, S., 2019. Estudo de Avaliação do Sistema de Saúde Militar. Ministério da Defesa, Lisboa.	X	
Estudos	Silva, A.I., 2006. A arte de enfermeiro: escola de enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra.	X	
Estudos	Simões, J. de A., Augusto, G.F., Fronteira, I., Hernández-Quevedo, C., 2017. Portugal: Health system review, Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies.	X	X
Imprensa - artigos	Agência Lusa, 2004. Enfermeiros debatem substituição por auxiliares de acção médica. Público (jornal diário 17-09-2004).	X	
Imprensa - artigos	ATSGS (Ed.), 2016. BIT-SGS - Boletim Informativo da ATSGS, ano 18, no 23.	X	

Imprensa - artigos	Campos, A., 2004. Enfermeiros disponíveis para greve geral a partir do final de Outubro. Público (jornal diário 18-09-2004) 29.	X	
Imprensa - artigos	Gomes, A., 2004. Ordem de Enfermeiros preocupada: Hospitais acusados de substituir enfermeiros por auxiliares. Público (jornal diário 02/07/2004).	X	
Imprensa - artigos	Raleiras, N., 2009. É hora de Mudar. BIT-SGS - Boletim Informativo da ATSGS, 2.		X
Imprensa - artigos	Sem Autor, 2007. Curso de Auxiliar de Enfermagem (Publicidade paga). Jornal Destak - Ano 7, no 801, 12 de Novembro 15.	X	
Imprensa - artigos	Stilwell, I. (Ed.), 2009. Jornal Destak - Ano 8, no1112.	X	
Leis e peças legislativas	Assembleia da República, 2008. Lei no 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Conselho da Revolução, n.d. Decreto-Lei 103/77, 1977-03-22 - Cria o quadro de pessoal civil do Exército, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais (Texto relevante para efeitos do EEE). , Pub. L. No. 32005L0036, OJ L 255 (2005).		X
Leis e peças legislativas	Diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) n. ° 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno («Regulamento IMI») Texto relevante para efeitos do EEE. , Pub. L. No. 32013L0055, OJ L 354 (2013).		X
Leis e peças legislativas	Governo de Portugal, 1980. Decreto-Lei no 109/80 de 20 de Outubro, Diário da República. - Institucionaliza as carreiras do pessoal de apoio geral dos serviços hospitalares., Pub. L. No. 109/80, 243/80 Diário da República 3477 (1980).	X	
Leis e peças legislativas	Governo de Portugal, 1985. Portaria de Regulamentação para os trabalhadores ao serviço das instituições particulares de solidariedade social, BTE - Boletim do Trabalho e do Emprego.	X	
Leis e peças legislativas	Governo de Portugal, 1991. Decreto-Lei 322/91, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Governo de Portugal, 2014. Decreto-Lei 92/2014, 2014-06-20, Diário da República.		X
Leis e peças legislativas	Governo de Portugal, 2018. Decreto-Lei 55/2018, Estabelece o currículo dos ensinos básico e secundário e os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens, Diário da República.		X
Leis e peças legislativas	Governo de Portugal, n.d. Portaria 232/2016, 2016-08-29, Diário da República.		X

Leis e peças legislativas	Governo de Portugal, n.d. Portaria 235-A/2018, 2018-08-23, Diário da República.		X
Leis e peças legislativas	IEFP (Ed.), 1980. Classificação Nacional das Profissões - 1980. Instituto do Emprego e Formação Profissional, Lisboa.	X	
Leis e peças legislativas	IEFP (Ed.), 1994. Classificação Nacional das Profissões - 1994. Instituto do Emprego e Formação Profissional, Lisboa.	X	
Leis e peças legislativas	INE (Ed.), 2011. Classificação Portuguesa das Profissões - 2010. INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2020. Decreto-Lei 11/2020, Diário da República.		X
Leis e peças legislativas	Ministério da Educação e Ciência, 2012. Decreto-Lei 176/2012, 2012-08-02, Diário da República.		X
Leis e peças legislativas	Ministério da Educação e Ciência, 2014. Decreto-Lei 113/2014, Diário da República.		X
Leis e peças legislativas	Ministério da Educação, 2010. Portaria nº 1041/2010, de 7 de Outubro - Cria o curso e o perfil profissional de Técnico Auxiliar de Saúde, Diário da República nº 195, 1º Série.		X
Leis e peças legislativas	Ministério da Educação. Decreto-Lei No 24/2006, de 6 de Fevereiro—Altera o Decreto-Lei n.º 74/2004, de 26 de Março, que estabelece os princípios orientadores da organização e da gestão curricular, bem como da avaliação das aprendizagens, no nível secundário de educação. , DR 26, Série I A Diário da República § (2006).		X
Leis e peças legislativas	Ministério da Educação. Decreto-Lei No 74/2004, de 26 de Março—Estabelece os princípios orientadores da organização e da gestão do currículo, bem como da avaliação das aprendizagens, referentes ao nível secundário de educação. , Diário da República 73, SÉRIE I A § (2004).		X
Leis e peças legislativas	Ministério da Educação. Portaria No 550-C/2004, de 21 de Maio—Aprova o regime de criação, organização e gestão do currículo, bem como a avaliação e certificação das aprendizagens dos cursos profissionais de nível secundário. , Diário da República 119, Série B-1o suplemento § (2004).		X
Leis e peças legislativas	Ministério da Justiça, 1973. Decreto 199/73, 1973-05-03, Diário do Governo.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde e Assistência, 1968. Decreto no 48358, Diário do Governo.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde e Assistência, 1971. Decreto-Lei no 414/71, de 27 de Setembro, Diário do Governo. Pub. L. No. 414/71, § Serie I, n.º 228/1971 Diário do Governo 1434 (1971).	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde e Assistência, 1972. Decreto no 342/72, de 29 de Agosto, Diário do Governo. Prevê que os estabelecimentos e serviços hospitalares possam ser autorizados por despacho ministerial a introduzir nos seus	X	

	quadros a categoria de ajudante de enfermaria. , Pub. L. No. Decreto 342/72, § Série I, n.o 201/1972 de 1972-08-29. Diário do Governo 1218 (1972).		
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei 48166, 1967-12-27. , Pub. L. No. 46166, § série I, 299/1967 Diário do Governo 2514 (1967).	X	X
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde e da Assistência. Decreto-Lei 413/71, de 1971-09-27. , Pub. L. No. 413/71, § Série I, 228 Diário de Governo 1406 (1971).		X
Leis e peças legislativas	Ministério Da Saúde E. Assistência-Santa Casa Da Misericórdia De Lisboa, 1970. Portaria no 696/70, Diário de Governo.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde, 1989a. Despacho no 7/89 de 9-2-89, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde, 1989b. Circular Normativa no 12/89 de 24/08, (Edição Policopiada).	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde, 1992. Decreto-Lei no 231/92, 1992-10-21, Diário da República. , § Série I-A, 243/1992 Diário da República 4905 (1992).	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde, 1999. Decreto-Lei no 413/99, 15 de Outubro de 1999, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde, 2007. Decreto-Lei 219/2007, de 29 de maio, Diário da República.	X	X
Leis e peças legislativas	Ministério da Saúde. Portaria 35/2012 de 3 de Fevereiro—Aprova a lista de profissões regulamentadas e de autoridades nacionais que, para cada profissão, são competentes para proceder ao reconhecimento das qualificações profissionais e a lista de profissões regulamentadas com impacto na saúde que não beneficiam do sistema de reconhecimento automático. , 25/2012 Diário da República § Seire 1 (2012).	X	X
Leis e peças legislativas	Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2004. Integração no Sistema Nacional de Certificação Profissional do Perfil Profissional de Ajudante de Saúde e de Auxiliar de Acção Médica, Boletim do Trabalho e Emprego, no 9.	X	X
Leis e peças legislativas	Ministério das Actividades Económicas, Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde, 2005. Portaria no 459/2005, de 3 de Maio. —Estabelece as normas relativas às condições de emissão dos certificados de aptidão profissional, e de homologação dos respectivos cursos de formação profissional, correspondentes aos perfis profissionais de ajudante de saúde e de auxiliar de acção médica. , (2005).	X	X
Leis e peças legislativas	Ministério das Corporações e Previdência Social, 1971a. Nomeação de uma comissão técnica para proceder aos estudos preparatórios de uma portaria de regulamentação de Trabalho para os empregados de consultórios médicos, policlinicas e estabelecimentos similares, Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.	X	

Leis e peças legislativas	Ministério das Corporações e Segurança Social - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1974. Portaria no 327/74, Diário de Governo.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2008. Decreto-Lei no 121/2008, de 2008-07-11, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e Assistência, 1973. Portaria no 553/73, de 14 de Agosto, Diário do Governo. , Pub. L. No. 553/73, de 14 de Agosto, § serie I, 190/1973, Série I Diário do Governo 1425 (1973).	X	
Leis e peças legislativas	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010. Portaria 474/2010, 2010-07-08, Diário da República.		X
Leis e peças legislativas	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2011. Decreto-Lei no 92/2011, de 2011-02-27, Diário da República.	X	X
Leis e peças legislativas	Ministério do Trabalho e Segurança Social. Decreto Lei n.o 396/2007 de 31 de Dezembro (Regime Jurídico do Sistema Nacional de Qualificações). , 251 Diário da República § 1o Série (2007).		X
Leis e peças legislativas	Ministério do Trabalho, 1976. Decreto-Lei 164-A/76, Diário do Governo.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério dos Assuntos Sociais - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1974. Portaria no 690/74, Diário de Governo.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério dos Assuntos Sociais e Região Autónoma da Madeira, 1977. Decreto-Lei 426/77, 1977-10-13, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério dos Assuntos Sociais, 1979. Decreto-Lei 519-G2/79, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério dos Assuntos Sociais, 1983. Decreto-Lei 119/83, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Ministério dos Assuntos Sociais. Decreto-Lei 440/74, 1974-09-11. , Pub. L. No. 440/74, § Serie I, 212/1974 Diário do Governo 1051 (1974).		X
Leis e peças legislativas	Ministérios da Administração Interna, das Finanças e dos Assuntos Sociais, 1976. Decreto no 880/76, de 29 de Dezembro, Diário da República. Decreto 880/76, de 29 de Dezembro. , Pub. L. No. 880/76, § Série I, 301/1976 Diário da República 2867 (1976).	X	
Leis e peças legislativas	Ministérios Das Finanças e do Plano, Dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa, 1983. Decreto Regulamentar 38/83, de 7 de Maio, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2009. Portaria 782/2009, 2009-07-23, Diário da República. Quadro Nacional de Qualificações. , 141 Diário da República § 1o série (2009).	X	

Leis e peças legislativas	Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Educação—Portaria 230/2008, de 7 de Março: Regime jurídico dos cursos de educação e formação de adultos. , Diário da República, no 48, 1a Série § (2008).		X
Leis e peças legislativas	Ordem dos Enfermeiros, 2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.		X
Leis e peças legislativas	Portugal. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Educação—Portaria 1497/2008, de 19 de Dezembro: Regula as condições de acesso, a organização, a gestão, o funcionamento, a avaliação e a certificação dos cursos de aprendizagem. , Diário da República, no 245, 1a Série § (2008).		X
Leis e peças legislativas	Região Autónoma dos Açores, 1980. Decreto Regulamentar 32/80/A, 1980-12-11, Diário da República.	X	
Leis e peças legislativas	Serviço Nacional de Emprego (Ed.), 1972. Classificação Nacional das Profissões - 1966. Ministério das Corporações e Previdência Social. Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-Obra, Lisboa.	X	
Livro	da Silva, G.X., Valente, A.C., Simões, F., Santos, D., Freire, M., Alves, M.J., Lameira, S., Duarte, T., 2018. Sistema Nacional de Qualificações: 10 anos, 1a. ed. ANQEP - Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, Lisboa.	X	X
Livro	Dussault (Cord.), G., Biscaia, A., Craveiro, I., Fronteira, I., Lapão, L., Temido, M., 2014. Os recursos Humanos da Saúde, in: 40 Anos de Abril Na Saúde/Coord. António Correia de Campos, Jorge Simões, Olhares Sobre a Saúde. Edições Almedina, Coimbra, pp. 163–183.	X	
Livro	Ferreira, F.A.G., 1990. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal, Manuais universitários. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.	X	
Livro	Nunes, L., 2003. Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998), 1a. ed. Lusociência, Loures.	X	
Livro	Rodrigues, L.A.C., Ginó, A., Sena, C., Dahlin, K., 2002. Compreender os Recursos Humanos no Serviço Nacional de Saúde. Edições Colibri - Apifarma, Lisboa.	X	
Livro	Simões, J., 2009. Retrato Político da Saúde - Dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Edições Almedina, Coimbra.	X	
Livro	Simões, J., Augusto, G.F., Fronteira, I., 2018. O Estado, o Mercado e o Setor Social na Saúde, in: CES (Ed.), A saúde e o Estado: O SNS aos 40 anos. Conselho Económico e Social (CES), Edições Almedina, Coimbra, pp. 33–54.	X	
Livro	Vaz, A.M., 2010. Hospitais Públicos Portugueses, in: Simões, J. (Ed.), 30 Anos Do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado. Edições Almedina, Coimbra, pp. 297–353.	X	

Anexo n.º 6

Conselho de Ética do IHMT: Parecer nº 9-2017

Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Conflito de interesses:

Não foram identificados conflitos de interesses.

**Consentimento informado, informação para o participante e
confidencialidade:**

A informação prestada aos participantes para os estudos 2 e 4 é completa e o consentimento é dado por escrito. São descritas as precauções para que a confidencialidade seja respeitada na forma como se faz a transcrição das entrevistas e no acesso aos dados.

Conclusão: Parecer favorável

Documentos analisados

- a) Protocolo datado de 25 de maio e versão final com as alterações solicitadas;
- b) Questionários e guiões de entrevista do estudo;
- c) Formulários de informação do estudo e consentimentos informado;
- d) CV do investigador principal
- e) Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados para tratamento de dados pessoais (ofício_22104_2017)

Lisboa, julho de 2017


Prof.ª Doutora Filomena Pereira
Presidente do Conselho de Ética

Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Parecer nº 5.17-2017

Título do Estudo: Qualificação da força de trabalho da saúde: uma análise comparativa da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010

Investigador principal: André Aurélio Marona Beja

Orientador: Paulo Ferrinho, Professor catedrático do IHMT

Entidade promotora: Universidade Nova, Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Resumo do estudo:

Objetivo principal: Contribuir para o conhecimento da força de trabalho da saúde em Portugal, pelo estudo do perfil profissional e de formação, entrada no mercado de trabalho e actividade profissional dos Técnicos Auxiliares de Saúde que concluíram a formação entre 2010 e o final de 2016.

Objectivos específicos:

1. Estabelecer um quadro teórico sobre o perfil, formação e actividade dos auxiliares de saúde; 2. Descrever o processo de criação do perfil profissional e referencial de formação dos Técnicos Auxiliares de Saúde em Portugal, procurando identificar a génese da ideia, os objectivos por detrás do seu aparecimento, o contributo dos actores envolvidos e os resultados previstos; 3. Comparar o perfil profissional, a formação e actividade dos Técnicos Auxiliares de Saúde em Portugal com um conjunto de países da Europa; 4. Estabelecer o perfil sociodemográfico dos Técnicos Auxiliares de Saúde no momento de conclusão da formação e o seu percurso profissional subsequente; 5. Descrever a opinião dos Técnicos Auxiliares de Saúde sobre a adequação da sua formação profissional às funções que desempenham. Prevê-se a realização de quatro estudos: Estudo 1: O que sabemos sobre Auxiliares de Saúde? (revisão de literatura); Estudo 2: Criação do perfil profissional e de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde em Portugal (entrevistas a informadores chave); Estudo 3: Perfil Profissional, formação e actividade dos TAS: comparação entre situação dos auxiliares em Portugal e num conjunto da Europa (revisão de literatura); Estudo 4: Perfil sociodemográfico, percurso profissional e actividade profissional dos TAS formados entre 2010 e final de 2016 (questionários com recurso a plataformas *online* e correio eletrónico e grupos focais).

Anexo n.º 7

Comissão Nacional de Proteção de Dados:

Autorização n.º 7851/ 2017



Autorização n.º 7851/ 2017

Universidade NOVA de Lisboa , NIPC 501559094, notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Qualificação da Força de Trabalho da Saúde; uma análise comparativa da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010 .

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente de fontes especificadas na notificação.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Universidade NOVA de Lisboa

Finalidade – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Qualificação da Força de Trabalho da Saúde; uma análise comparativa da política de formação de Técnicos Auxiliares de Saúde implementada em Portugal em 2010

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; relativos à atividade profissional com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, por escrito/ outro

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 11-07-2017

A Presidente



Filipa Calvão

Anexo n.º 8

Tabelas resumo da literatura revista

ANEXO N.º 8 – TABELAS RESUMO DA LITERATURA REVISTA

Tabela Perfil Auxiliares de Saúde

Registos centrados no perfil dos Auxiliares de Saúde (N=29)

Ano	Autor	Título	Auxiliares	Breve descritivo
2007	Burns, Shirley; Blair, Valerie	Health care assistants in general practice.(1)	Objeto de estudo	Estudo analisa opinião de staff e pacientes sobre mudanças resultantes da introdução de Auxiliares nas equipas de cuidados primários. Verifica-se satisfação dos enfermeiros e outros profissionais, bem como aceitação e satisfação de utentes, pondo em evidência o benefício do treino inicial que foi dado aos auxiliares e a necessidade de definir regras para formação e utilização destes profissionais, nomeadamente as suas fronteiras de atuação e a necessidade de supervisão por enfermeiros.
2007	Vaughan, Paul	Reviewing the roles of nurses and health care assistants in general practice. (2)	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Revisão sobre papel funções de enfermeiros e auxiliares nos cuidados primários. Introdução de auxiliares nas equipas aumentou capacidade de resposta e acesso. A sua formação, <i>skill mix</i> com enfermeiros e criação de mecanismos de delegação claros e efetivos geram satisfação das equipas e dos utentes. Implementação destas medidas desigual no território, variando com dinâmicas locais. Necessidade de formar auxiliares é sublinhada, existindo vários recursos para melhorar a prática destes profissionais e para os ajudar a para fazerem formação em enfermagem.
2008	Bosley, Sara; Dale, Jeremy	Healthcare assistants in general practice: practical and conceptual issues of skill mix change (3)	Objeto de estudo	Artigo sobre papel emergente dos auxiliares nos cuidados primários, mudança com potencial para melhorar o acesso dos utentes e libertar pessoal altamente qualificado para se concentrar no tratamento e gestão de condições mais complexas. No entanto, existem preocupações em relação à preparação e treino para essa função e ao seu lugar na força de trabalho. Essas questões precisam ser consideradas dentro de uma discussão mais ampla sobre o <i>skill mix</i> auxiliar/enfermeiro e mesmo sobre o papel, funções e a rigidez de fronteiras de atuação entre os diferentes grupos ocupacionais.
2008	Cox, Annette; Grimshaw, Damian; Carroll, Marilyn; McBride, Anne	Reshaping internal labour markets in the National Health Service: new prospects for pay and training for lower skilled service workers? (4)	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Artigo sobre processo de remodelação do mercado de trabalho no SNS britânico, focando mudanças no papel dos auxiliares de saúde e de trabalhadores menos qualificados bem como em alterações e alguma valorização da sua tabela salarial. Resultados mostram melhorias para estes grupos
2008	Vaughan, Paul	Multidisciplinary team working: Developing the HCA role. (5)	Artigo de opinião	Artigo sobre evolução do papel dos auxiliares nos cuidados primários, contendo recomendações sobre desenvolvimento profissional e formação deste grupo.
2008	Bishop, Tina	Healthcare assistants - an under-valued resource (6)	Artigo de Opinião	Autora defende necessidade de planeamento de Recursos Humanos e de garantir formação dos Auxiliares de Saúde nos cuidados primários. Hipótese de criar mecanismos para que possam transitar para enfermagem através de formação específica deve ser olhada com interesse.
2008	Bach, Stephen; Kessler, Ian; Heron, Paul	Role redesign in a modernised NHS: the case of health care assistants (7)	Objeto de estudo	Estudo sobre mudanças ao nível dos recursos humanos da saúde no Reino Unido. Alterações na organização das equipas e do trabalho refletem-se nas dinâmicas relacionais, podendo originar conflitos entre diferentes grupos profissionais. Mudanças da atividade acabam por se repercutir nos papeis de cada profissão. Forma como auxiliares são utilizados varia entre instituições e parece estar relacionada com organização dos enfermeiros enquanto grupo profissional.
2008	Brain, Lizzie; Roberts, Maggie	How to assess competence levels of healthcare assistants. (8)	Artigo de opinião	Autores defendem necessidade de um processo que conduza ao reforço das competências dos Auxiliares nos cuidados Primários no Reino Unido, que passe por uma investigação sobre os princípios e a natureza de atividade de cada grupo profissional e compare modelos de <i>skill mix</i> em diferentes contextos.

Ano	Autor	Título	Auxiliares	Breve descritivo
2009	Alcorn, Jason; Elizabeth, Anne	Registered nurses' attitudes towards the role of the healthcare assistant. (9)	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estuda opinião dos enfermeiros sobre responsabilidade dos auxiliares. Resultados reiteram necessidade estabelecer distinção clara entre os papéis de enfermeiros e auxiliares, bem como de registo destes profissionais e de regras claras para delegação. Subsiste algum receio entre os enfermeiros de que o desenvolvimento profissional do auxiliar seja uma estratégia para reduzir necessidade de enfermeiros e cortar custos.
2009	Bishop, Tina	Healthcare assistants: it's about time for regulation. (10)	Artigo de Opinião	Autora defende regulação dos auxiliares de saúde como questão prioritária para garantir segurança e clareza na sua atuação.
2009	King, Peter; Crawford, Doreen	Healthcare assistants in the children's intensive care unit.(11)	Objeto de estudo	Artigo aborda exemplo de integração de Auxiliares em UCI pediátrica em 2 hospitais. Resultados serão, na opinião dos autores, fundamentais para desenvolvimento de iniciativas semelhantes. Definição de perfil deverá resultar de um processo participado, envolvendo todo o pessoal que participa na implementação e avaliação das estratégias acordadas. Necessidade de definir tarefas, responsabilidades e competências que auxiliares vão desenvolver e lugar que ocupam na equipa.
2009	Grimshaw, Damian	¿Mejoraría el trabajo de remuneración baja un sistema salarial más incluyente? Estudio de los hospitales británicos.(12)	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Artigo sobre processo de remodelação do mercado de trabalho no SNS britânico, focando mudanças no papel dos auxiliares de saúde e de trabalhadores menos qualificados bem como em alterações e alguma valorização da sua tabela salarial. Resultados mostram melhorias para estes grupos. (é o mesmo estudo que (4))
2009	Tanis, Hand	Influenza vaccinations by healthcare assistants. (13)	Artigo de opinião	Artigo sobre delegação da vacinação em auxiliares de saúde no SNS Britânico. Autora defende que auxiliares podem assumir esta tarefa se tiverem treino adequado para aplicação da vacinação e se todas as salvaguardas forem cumpridas. Devem ser desenvolvidos protocolos para clarificar os princípios de delegação apropriada e de treino, avaliação e atualização dos auxiliares envolvidos em procedimentos de imunização, de acordo com diretivas nacionais e locais sobre o tema.
2010	Petrova, Mila; Vail, Laura; Bosley, Sara; Dale, Jeremy	Benefits and challenges of employing health care assistants in general practice: a qualitative study of GPs' and practice nurses' perspectives. (14)	Objeto de estudo	Artigo explora papel dos auxiliares nos Cuidados primários a partir da perspetiva de médicos e enfermeiros. São considerados um recurso valioso, contribuindo para acelerar processos e, assim, facilitar a atuação dos enfermeiros, permitindo direcionar estes profissionais para tarefas mais complexas. O seu treino e acompanhamento exige tempo e dedicação, mas tem resultados. Segurança dos utentes é a maior preocupação dos entrevistados. Enfermeiros preocupados com impacto no seu estatuto e funções.
2011	Scott, Graham	Landmark decision is in everyone's interests. (15)	Artigo de opinião	Autor apoia integração dos auxiliares de saúde no Royal College of Nursing, a maior associação profissional de enfermagem do Reino Unido, defendendo reforço do seu estatuto, com obrigatoriedade de registo e de regulação da atividade. Mudanças na força de trabalho são inevitáveis, há que antecipar problemas. Utentes e enfermeiros só têm a ganhar com capacitação e regulação de auxiliares.
2011	Bishop, Tina	The time has arrived to regulate assistants too.(16)	Artigo de Opinião	Autora defende aplicação da recomendação do Parlamento Britânico para regulação e registo obrigatório dos Auxiliares e de outros trabalhadores de suporte para incrementar a proteção dos utentes, através da definição do seu perfil, bem como de standards para definir a formação (e enquadrar a que já se faz) e a sua atuação nas equipas.
2012	Hand, Tanis	The developing role of the HCA in general practice (17)	Artigo de opinião	Autora descreve percurso de afirmação dos Auxiliares de saúde nos Cuidados Primários no Reino Unido, refletindo sobre as diferentes etapas (definição de papel, treino, formação, trabalho em equipa, delegação e responsabilidade profissional) e os desafios futuros (orientações nacionais para formação, regulação, delegação). Papel dos enfermeiros no acompanhamento, supervisão e melhoria da prestação é focado.
2012	Bishop, Tina	Getting the skill mix right in general practice is crucial.(18)	Artigo de Opinião	Autora defende necessidade de planear de Recursos Humanos e de garantir formação dos Auxiliares de Saúde nos cuidados primários. <i>Skill mix</i> enfermeiro-auxiliar é inevitável, deve ser antecipado para garantir segurança e soluções adequadas e para que enfermeiros se sintam seguros a delegar. Capacitação e regulação deste segmento da força de trabalho é um imperativo e deve antecipar problemas.

Ano	Autor	Título	Auxiliares	Breve descritivo
2012	Kinnair, Donna	Make staffing levels mandatory.(19)	Artigo de Opinião	Autora defende que para garantir segurança e qualidade nos cuidados e a correta delegação por parte dos enfermeiros é necessário definir critérios para formar os auxiliares e regular a sua atividade, bem como de dotações que garantam segurança e evitem substituição de enfermeiros por trabalhadores menos qualificados.
2013	Kessler, Ian; Heron, Paul; Dopson, Sue	Indeterminacy and the Regulation of Task Allocation: The Shape of Support Roles in Healthcare. (20)	Objeto de estudo	Artigo explora mudança de papel dos auxiliares no SNS britânico. Resultados mostram que estão a ocupar o papel de cuidadores de cabeceira. Para os autores torna-se evidente que evolução de perfil evolução verificada resulta não só de formas de organização territorial e institucional distintas como da necessidade de ocupar algum espaço de atuação deixado vazio pelos enfermeiros. Resultados mostram um desalinhamento entre o perfil, qualificações e a carreira dos auxiliares e as tarefas e responsabilidades que assumem.
2013	Spina, Elena	Semi profession and new professionalism in the health care labour market. The case of italian healthcare assistants.(21)	Objeto de estudo	Artigo sobre perfil, formação e atividade dos auxiliares de saúde em Itália. Autora aponta caráter híbrido desta categoria ocupacional, caracterizado pela coexistência de algumas características próprias de uma profissão e a falta de autonomia para controlar a sua atividade e campo de atuação, tendo sido criada e impulsionada com um fim específico (responder a necessidade de gestão e organização). Estes constrangimentos e o próprio processo de criação da categoria ocupacional são vistos como parte um processo de “profissionalização vindo de fora”, imposto pela burocracia para garantir supervisão e controlo da atividade, colocando os objetivos organizacionais acima dos do grupo profissional, o que pode limitar a sua afirmação enquanto profissão.
2013	Cavendish, Camilla	The Cavendish Review: Review of healthcare assistants and support workers in NHS and social care. (22)	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Revisão independente realizada com o objetivo de produzir recomendações para introduzir melhoria de qualidade e humanização dos cuidados prestados por trabalhadores de suporte no SNS e nos serviços sociais do Reino Unido. Estudo foi pedido pelo governo na sequência das revelações sobre más práticas reveladas num outro estudo, o “Francis Report”, de 2013, que analisa insuficiências na qualidade dos cuidados prestados em unidades de um centro hospitalar do SNS entre 2005 e 2009. Autora recomenda melhorias na formação e organização do trabalho dos auxiliares dos hospitais, lares e cuidados domiciliários, de forma a orientar esta atividade para prestação de cuidados de elevada qualidade. Propõe que todos os auxiliares de saúde e de assistência social tenham a mesma formação de inicial, com base nas melhores práticas já existentes no sistema de qualificação, e que seja definido um “certificado de cuidados fundamentais” para que possam vir a cuidar de pessoas sem supervisão.
2014	Clark, Ian	Health-care assistants, aspiration, frustration and job satisfaction in the workplace.(23)	Objeto de estudo	Artigo centrado na forma como os auxiliares de saúde, individualmente e como parte de um grupo seccional, sentiram o processo de modernização do SNS e a agenda de <i>skill mix</i> implantada no âmbito desta reforma. A reforma introduziu alterações na forma de trabalhar e nas tarefas que os auxiliares detinham, pondo em evidência a necessidade de uma definição clara do seu papel e das suas funções, bem como melhorias no seu estatuto e retribuição. Apesar de referirem satisfação com o seu trabalho, estes trabalhadores sentem-se sobrecarregados de tarefas e mal pagos, desmotivados com a falta de perspetiva e as promessas não cumpridas em relação à evolução salarial e de carreira. A falta de aspirações à progressão na carreira ou, por exemplo, em fazer um percurso para obtenção de formação em enfermagem está presente em parte dos entrevistados.
2014	Kessler, Ian; Spilsbury, Karen; Heron, Paul	Developing a high-performance support workforce in acute care: innovation, evaluation and engagement (24)	Objeto de estudo	Baseados nos resultados de outros estudos, autores analisam novas abordagens para a gestão e uso de trabalhadores de apoio, avaliam impacto de iniciativas relacionadas com a sua utilização e recolhem “boas práticas” relacionadas com estas matérias. Resultados sugerem que desenvolvimento deste segmento da força de trabalho e sua orientação para alto desempenho em cuidados agudos enfrenta dificuldades e resistências no interior das instituições. Autores sublinham necessidade de um equilíbrio entre abordagens de cima para baixo e de baixo para cima, sensibilidade às necessidades dos serviços na definição da função destes trabalhadores e um trabalho de parceria, baseado em abordagens inclusivas, para promoção de mudanças.

Ano	Autor	Título	Auxiliares	Breve descritivo
2014	Galloway, Mandy	Following the roadmaps towards national standards of competency.(25)	Artigo de Opinião	Autor reflete sobre a recente criação do perfil de competências dos auxiliares de saúde dos Cuidados Primários e no seu benefício para enfermeiros e utentes. Defende que, apesar da medida contribuir para terminar com uma prática casuística, muitas vezes informal, de utilização e treino de auxiliares, faz falta definir um referencial nacional para enquadrar a formação.
2015	Johnson, Martin; Magnusson, Carin; Allan, Helen; Evans, Karen; Ball, Elaine; Horton, Khim; Curtis, Kathy; Westwood, Sue	‘Doing the writing’ and ‘working in parallel’: How ‘distal nursing’ affects delegation and supervision in the emerging role of the newly qualified nurse.(26)	Parte da população de um estudo focado noutro Objeto	Artigo centrada na atividade dos enfermeiros recém qualificados e na forma como se articulam com os auxiliares para prestação de cuidados. Deve ser dada mais atenção ao <i>Skill mix</i> enfermeiro/auxiliar, bem como às dinâmicas de trabalho entre estes dois grupos e ao desenvolvimento das competências de base dos enfermeiros para gerir e delegar tarefas nos auxiliares.
2015	Kessler, Ian; Heron, Paul; Dopson, Sue	Professionalization and Expertise In Care Work: The Hoarding and Discarding of Tasks in Nursing.(27)	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Artigo analisa processo de profissionalização da enfermagem no Reino Unido, profissionais que estão a assumir um papel técnico-científico, focado na produtividade e na satisfação dos utentes, o que, a par da pouca rigidez dos mecanismos de regulação da profissão, contribuiu para o aparecimento e afirmação de novos perfis ocupacionais bem como processos de profissionalização de grupos já existentes, nomeadamente os auxiliares de saúde.
2015	Lovatt, Melanie; Nanton, Veronica; Roberts, Julie; Ingleton, Christine; Noble, Bill; Pitt, Elizabeth; Seers, Kate; Munday, Dan	The provision of emotional labour by health care assistants caring for dying cancer patients in the community: A qualitative study into the experiences of health care assistants and bereaved family carers.(28)	Objeto de estudo	Artigo explora o apoio emocional dos auxiliares e cuidadores a doentes terminais na comunidade. Os resultados mostram que a relativa indefinição do perfil e funções dos auxiliares de saúde é visto como algo positivo por familiares e cuidadores, uma vez que por se situar na fronteira entre a atividade de profissionais mais qualificados e dos cuidadores, assume um caráter de informalidade e proximidade muito propício à prestação de apoio e físico e emocional.
2016	Wöpking, M.	The education, training and qualifications of nursing and care assistants across Europe (29)	Objeto de estudo em conjunto com outros profissionais	Revisão bibliográfica e pesquisa documental permitiu caracterizar situação dos Auxiliares de Saúde (perfil, atividade e formação) e de cuidadores em 16 países na EU (muito baseado no estudo de Braseake e colegas) e um conjunto de projetos ou iniciativas sobre estes trabalhadores recentes (2011 e 2015) ou em curso. Reúne elementos que permitem aos integrantes da rede de intervenção que promove o estudo conhecer melhor a realidade dos auxiliares de saúde, de enfermagem e de cuidados em diferentes países europeus, utilizar melhor estes recursos e contribuir para melhorar as competências obtidas nas qualificações de educação e formação. Pretende sensibilizar para a necessidade de aumentar a comparabilidade das qualificações e formação entre profissionais de cuidados na Europa, especialmente à luz da sua dimensão estratégica, face ao aumento da procura de cuidados.

Literatura Formação

Artigos centrados na formação de auxiliares de Saúde (n=18)

Ano	Autor (ref)	Título	Auxiliares	Breve descritivo
2007	Moseley, Laurence G.; Davies, Moira; Evans, Linda E.(30)	The training needs of health care support workers: results of a study of workers and their managers.	Objeto de estudo	Análise das necessidades de formação dos Health Care Support Workers de 7 hospitais no País de Gales. Muito genérico na apresentação de resultados e discussão. Identifica necessidade de formação em áreas específicas.

2008	Vaughan, Paul (31)	The 'year of the HCA.'	Artigo de opinião	Autor participou na definição do perfil do Auxiliar de Saúde dos Cuidados Primários no Reino Unido. Alerta para necessidade de formação inicial e recomenda a gestores mais investimento na qualificação e valorização de trabalhadores no ativo, para fomentar retenção e tornar ocupação mais atrativa.
2008	Atwal, Anita; Tattersall, Kirsty; Caldwell, Kay; Craik, Christine; McIntyre, Anne; Murphy, Susana (32)	How support staff can be helped to challenge unacceptable practice.	objeto de estudo	Analisa resultados da introdução de portefólios na formação de auxiliares, constatando ser esta boa estratégia para impulsionar a aprendizagem e mudanças de atitude dos formandos que os constroem, mas também nos restantes membros da equipa que estes integram.
2008	Arroyo, Marta; Rocandio, Ana Ma; Ansotegui, Laura; Pascual, Estibaliz; De la Pera, Concepción Martínez (33)	Cooperative learning strategies to teach nutrition to geriatric nursing staff.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo sobre implantação de estratégias de formação em contexto de trabalho para melhorar desempenho. Autoras identificam que auxiliares referem maior necessidade e interesse na aprendizagem, fenómeno que poderá ser explicado por terem menos formação e pela sua maior proximidade aos utentes na prestação de cuidados de alimentação
2008	Lassen, Karin O.; Grinderslev, Edvin; Nyholm, Ruth (34)	Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo analisa resultados de uma intervenção para capacitar auxiliares de saúde e auxiliares do setor social para cuidados nutricionais. Conclui-se que treino levou ao aumento da satisfação dos utentes. Recomenda-se expansão da experiência, com adoção de um programa de formação com base em conteúdos específicos e diferentes formas de organização do trabalho
2010	Wells, Alison; Swain, Danielle; Fieldhouse, Lynne (35)	The positive impact of portfolios on health care assistants' clinical practice.	Objeto de estudo	Analisa resultados de intervenção piloto para capacitar auxiliares em domínios de comunicação. Reitera importância da formação inicial e da capacitação para comunicação entre pares e com equipa.
2011	Eaton, Anne (36)	Setting off on the right foot.	Artigo de opinião	Autora aborda introdução de um novo referencial para créditos de qualificação profissional no Reino Unido e descreve algumas das mudanças que este vai permitir na formação e nas escolhas de carreiras dos Auxiliares
2011	Griffin, Richard; Arbuthnot, Robin; Fee, Lynn (37)	Skills fit for work.	Objeto de estudo	Exploram alargamento do programa de formação de integração de Auxiliares de Saúde em hospital de Belfast. Identificam resultados positivos na preparação e motivação dos formandos, reiterando importância do treino para a organização e utentes.
2011	Kay, Jenny (38)	Preparing clinical support workers for the long-term conditions agenda.	Artigo de opinião	Autora defende que o treino de auxiliares de saúde deve ser de âmbito local, com base em ferramentas gerais que já existem, e não uma iniciativa nacional acompanhada de medidas de regulação.
2011	Randall, Sue (39)	We need local training for support workers.	Artigo de opinião	Autora descreve resultados de programa de 4 dias de formação para Auxiliares para enfrentar transição demográfica e epidemiológica, nomeadamente no cuidado ao doente crónico.
2012	Baker, Mark (40)	Education requirements for nurses working with people with complex neurological conditions: Nurses' perceptions	objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Analisa a perceção de auxiliares e de enfermeiros sobre as suas necessidades de formação e treino para cuidar de utentes com problemas neurológicos. Auxiliares referem desempenhar papel fundamental e pouco valorizado, bem como necessidades de formação.
2012	Gandesha, Aarti; Souza, Renata; Chaplin, Robert; Hood, Chloe (41)	Innovation in education for health care assistants: a case study of a programme related to children with complex and continuing health needs.	objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Analisa adequação do treino de vários grupos profissionais para lidar com demência nos cuidados de doentes agudos em ambiente hospitalar. Auxiliares são grupo que refere ter menos conhecimento para lidar com doentes com demência. Recomenda reforço de treino, especialmente nas enfermarias gerais.
2012	Hewitt-Taylor, Jaqui (42)	Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff.	objeto de estudo	Descreve resultados de uma iniciativa de formação de auxiliares que prestam cuidados a crianças/famílias com doença crónica e necessidades complexas. Muito centrado na descrição de procedimentos. Identifica necessidades e valoriza formação de auxiliares.

2014	Cheesley, Amanda(43)	It is just a matter of application.	Artigo de opinião	Autora descreve conjunto de recursos online para formação de profissionais de saúde para cuidados a diabéticos. Entre outros, explora exemplo de Auxiliares como grupo que deve ter conhecimentos nesta matéria e que pode usar esta ferramenta.
2014	Griffin, Richard (44)	Online resources promote better diabetes care.	Artigo de opinião	Autor explora a importância da aplicação no contexto de trabalho de conhecimentos adquiridos na formação e de como isso contribui para a motivação dos auxiliares que fazem formação, para o sucesso da aprendizagem e para a qualidade dos cuidados.
2014	Trede, Ines; Schweri, Juerg (45)	Work values and intention to become a registered nurse among healthcare assistants.	objeto de estudo	Analisa as motivações dos estudantes do curso de Auxiliar de Saúde para prosseguirem formação em enfermagem. Resultados mostram que atividade e carreira de auxiliar são pouco atrativas, levando-os a ponderar mudanças. Educação dos auxiliares deverá reforçar os valores ligados à profissão.
2015	Swedberg, Lena; Michélsen, Hans; Hammar Chiriac, Eva; Hylander, Ingrid (46)	On-the-job training makes the difference: healthcare assistants' perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation.	objeto de estudo	Analisa a influência da formação na perceção que auxiliares têm sobre as suas competências para prestação de cuidados a utentes com ventilação mecânica em casa e sobre a importância desta atividade. Identifica uma associação entre frequência de formação (de base ou de cursos temáticos) e um elevado nível de perceção das responsabilidades e das competências para cuidar destes utentes.
2015	Bishop, Tina (47)	Initiatives to support high standards of care must be welcomed.	Artigo de opinião	A autora analisa a recente adoção no Reino Unido do <i>Certificate of Care</i> enquanto quadro orientador para a formação de base e treino de auxiliares de saúde na comunidade. Defende a generalização da sua aplicação e reflete sobre o potencial impacto na forma como se processa a delegação de competências de enfermeiros para os Auxiliares nos cuidados primários.

Literatura Atividade

Artigos centrados na Atividade de auxiliares de Saúde (n=48)

Ano	Autor (ref)	Título	Auxiliares	Breve descritivo
2007	Carlisle, Jane; Lawton, Julia; Goyder, Elizabeth; Peters, Jean; Lacey, E. Anne (48)	The role of healthcare assistants in screening for diabetes: a qualitative study.	Objeto de estudo	Artigo descreve resultados de projeto de acompanhamento de diabéticos por auxiliares nos cuidados primários. Exemplo de como <i>Skill mix</i> enfermeiro/auxiliar pode ter impactos no acesso a um custo mais reduzido, através da criação de um protocolo para delegação de tarefas, acompanhado de treino e supervisão, garantindo-se desta forma uma intervenção mais efetiva e segura, reduzindo pressão sobre enfermeiros e libertando-os para intervenções mais complexas.
2007	Dennis, A. M.; Leach, C.(49)	Expressed emotion and burnout: the experience of staff caring for men with learning disability and psychosis in a medium secure setting.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo sobre expressão de emoções e níveis de <i>burnout</i> em equipas de saúde. Auxiliares são grupo expressa mais emoções relacionadas com exaustão e que apresentam maiores níveis de despersonalização na forma como enfrentam os cuidados, ambos indicadores de <i>burnout</i> . Necessidade de mais formação dos para lidar com contextos específicos de saúde mental e com a própria saúde mental, bem como de criação de ambientes seguros para desenvolvimento da sua atividade.
2007	Hooks, Rachel; Roberts, Julia (50)	Older peoples' personal care needs: an analysis of care provision: care provision and the roles of key healthcare personnel.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo analisa cuidados de vida diária de higiene e conforto prestados a idosos em serviços de cuidados agudos, de acordo com visão dos utentes e análise documental. Auxiliares com funções operativas, por delegação dos enfermeiros. Necessidade de formação técnica e relacional dos AS.

2008	Nixon, Val (51)	Identification of the development needs for the emergency care nursing workforce	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo sobre papel a intervenção do pessoal de enfermagem (onde se incluem auxiliares) na urgência. Apesar de, na sua generalidade, os Auxiliares da amostra serem qualificados, o seu quadro funcional é variável e os rácios também, verificando-se subutilização em alguns serviços. Conclusões e recomendações finais muito orientadas para enfermeiros.
2009	Gensichen, Jochen; Jaeger, Cornelia; Peitz, Monika; Torge, Marion; Güthlin, Corina; Mergenthal, Karola; Kleppel, Vera; Gerlach, Ferdinand M.; Petersen, Juliana J. (52)	Health Care Assistants in Primary Care Depression Management: Role Perception, Burdening Factors, and Disease Conception.	Objeto de estudo	Estudo sobre perspectiva dos auxiliares em relação à gestão de casos de depressão por parte deste grupo profissional ao nível dos cuidados de saúde primários na Alemanha. A falta de treino específico nesta área é uma limitação à qualidade do desempenho destas funções. O treino dos deve ser reforçado e as suas funções (bem como as dos médicos) claramente definidas, evitando uma delegação de responsabilidade excessiva e desadequada.
2009	Keeling, Stuart (53)	Key to student support.	Artigo de opinião	Autor reflete sobre o facto de os Auxiliares de saúde terem assumido funções antes reservadas aos estudantes de enfermagem. Esta mudança é apontada como uma perda de oportunidade de aprendizagem para estudantes que, no entanto, possibilita reforço do estatuto dos auxiliares e de outros trabalhadores de suporte, contribuindo para a sua satisfação, motivação e retenção.
2009	Rios, Antonio; Martinez-Alarcon, Laura; Parrilla, Pascual; Ramirez, Pablo (54)	Healthcare assistants faced with cadaveric organ donation in a hospital with a solid organ transplant program.	Objeto de estudo	Análise da participação de auxiliares em programas de transplantação. Experiência profissional e formação influenciam positivamente as suas atitudes, práticas e valores sobre transplantação. Recomenda-se o reforço da formação destes profissionais.
2010	Agapito, Sandra Marreiros; Sousa, Fernando Cardoso de (55)	A influência da satisfação profissional no absentismo laboral	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Artigo relaciona satisfação dos profissionais administrativos e auxiliares de ação médica com o seu grau de absentismo laboral percebido. Resultados mostram duas populações significativamente diferentes quanto aos fatores que afetam o seu sentimento de satisfação, com implicações no absentismo, sugerindo medidas para melhoria das condições de trabalho.
2010	Buchan, James (56)	Working out the workforce.	Artigo de opinião	Autor analisa reconfiguração da força de trabalho no Reino Unido, notando crescimento de Enfermeiros diplomados e auxiliares de saúde e redução de enfermeiros técnicos e de outros auxiliares, motivado pela necessidade de expandir a resposta do SNS. Desenvolvimentos recentes no perfil profissional de enfermeiros e auxiliares contribuiu para este fenómeno.
2010	Castellanos, Gema Calderero; Blanco, Esther Nieto; García, Pilar Ledo; Rodríguez, Ana Pargaña (57)	Prevención de la Infección en Atención Primaria: prácticas y creencias de los profesionales Prevention of infection in Primary Care: Practices and beliefs of professionals	Parte da população de um estudo focado noutro Objeto	Artigo explora práticas e perspectiva de diferentes grupos profissionais (médicos, enfermeiras e auxiliares) relacionadas com prevenção da infeção nos cuidados primários.
2010	Hyatt, Francina (58)	Adult seasonal influenza vaccination by healthcare assistants.	Artigo de opinião	Autora alinha um conjunto de recomendações destinadas a enfermeiros para garantir que os auxiliares estão devidamente capacitados para assumir tarefa de vacinação e são devidamente enquadrados e acompanhados nesta atividade.
2010	James, Jayne; Butler-Williams, Carole; Hunt, Julian; Cox, Helen (59)	Vital signs for vital people: an exploratory study into the role of the Healthcare Assistant in recognising, recording and responding to the acutely ill patient in the general ward setting.	Objeto de estudo	Estudo sobre conhecimentos e práticas dos auxiliares na avaliação clínica de utentes em cuidados agudos. Descreve uma intervenção importante, nomeadamente a identificar alterações do estado de doentes agudos e no desempenho de tarefas simples.

2010	Lees, Liz; McAuliffe, Maria (60)	Venous thromboembolism risk assessments in acute care.	Outro Objeto, auxiliares de Saúde referidos	Analisa resultados de um projeto de prevenção de tromboembolismo venoso em cuidados agudos. Embora muito focados na atividade dos Enfermeiros, resultados mostram papel importante dos auxiliares na prevenção de complicações, devendo ser formados para prevenir e detetar precocemente o seu aparecimento.
2010	Sharipova, M.; Hogh, A.; Borg, V. (61)	Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care.	Parte da população de um estudo focado noutro Objeto	Estudo sobre violência dirigida a cuidadores na comunidade. Auxiliares, especialmente os mais jovens ou com menos experiência, e cuidadores na comunidade têm maior risco de exposição à violência. Sugere adoção de medidas e recursos para melhorar capacidade de intervenção dos profissionais e ambiente de trabalho para, dessa forma, ajudar prevenir situações de violência.
2010	Butler-Williams, C., James, J., Cox, H., & Hunt, J. (62)	The hidden contribution of the health care assistant: a survey-based exploration of support to their role in caring for the acutely ill patient in the general ward setting.	Objeto de estudo	Analisa opinião de enfermeiros e gestores sobre performance dos auxiliares de saúde no contexto de prestação de cuidados agudos, pondo em evidência a relevância do seu papel, a importância de serem considerados, tal como os outros profissionais, membros das equipas, e a necessidade de serem desenvolvidos mecanismos para a sua auscultação e para lhes dar apoio em tomada de decisão ou para lidar com emoções e situações de stress associadas a este contexto de prestação.
2010	Liveng, Anne (63)	Learning and Recognition in Health and Care Work: An Inter-Subjective Perspective	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo analisa a atividade de auxiliares de saúde outros grupos ocupacionais que trabalham com doentes com demência, pondo em ênfase a invisibilidade do seu trabalho e a importância do seu reconhecimento e valorização profissional como forma de motivação para desempenho de funções e para a própria aprendizagem.
2011	Beasley, Chris (64)	We are all responsible.	Artigo de opinião	Autora parte de um conjunto de situações de má prática associada na prestação da prestação de auxiliares para defender medidas que permitem melhorar qualidade e segurança dos cuidados e satisfação dos utentes.
2011	Gensichen, J; Güthlin, C; Kleppel, V; Jäger, C; Mergenthal, K; Gerlach, F M; Petersen, J J (65)	Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors' perspectives.	Objeto de estudo	Autores analisam opinião dos médicos de famílias sobre atuação e papel dos Auxiliares de saúde na gestão de casos de doença mental nos cuidados primários na Alemanha. Médicos reconhecem importância desta intervenção, apontando crescimento do seu papel nas equipas e apontam a formação como pilar para a segurança da prestação.
2011	Ingleton, Christine; Chatwin, John; Seymour, Jane; Payne, Sheila (66)	The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Análise ao papel desempenha pelos dos auxiliares de saúde e cuidadores familiares nos cuidados paliativos na comunidade. Contribuiu considerado fundamental, devendo ser dada especial atenção ao seu recrutamento cuidadoso, treino, ao acompanhamento pela enfermagem na gestão de casos, com delegação de tarefas e comunicação contínua e estreita.
2011	V. Lloyd, Joanne; Schneider, Justine; Scales, Kezia; Bailey, Simon; Jones, Rob (67)	Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: findings from an ethnographic study of healthcare assistants in dementia care.	Objeto de estudo	Autores analisam as causas subjacentes e as consequências de uma forte identidade social nas enfermarias de internamento de utentes que sofrem de demência e as suas implicações para o cuidado multiprofissional. Auxiliares estão na linha da frente, onde por vezes as fronteiras entre grupos profissionais estão esbatidas. Fazem trabalho de proximidade e têm um status baixo e, apesar do seu compromisso com a equipa, padecem de invisibilidade.
2012	Bowskill, Dianne (68)	Safety first on medicines.	Artigo de Opinião	Autora analisa enquadramento legal para administração terapêutica por auxiliares, recordando que estes devem conhece-lo e devem ter conhecimentos treino para assumir essa responsabilidade. Formula recomendações para melhoria da prática
2012	Gensichen, Jochen; Guethlin, Corina; Sarmand, Nilab; Sivakumaran, Dharshini; Jäger, Cornelia; Mergenthal, Karola; Gerlach, Ferdinand M.; Petersen, Juliana J. (69)	Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study	Outro Objeto, auxiliares de saúde referidos	Autores analisam perspetivas dos utentes sobre gestão de caso de saúde mental por auxiliares de saúde na Alemanha. Destaca-se importância dada à relação de confiança estabelecida neste contexto, à facilidade de comunicação e ao acompanhamento de proximidade que auxiliares. O treino e a monitorização da sua atividade são apontados pelos autores como fatores de sucesso.
2012	Lewis, Robin (70)	Vital signs are vital for a reason.	Artigo de opinião	Autor recorda a importância de uma correta avaliação de sinais vitais e as responsabilidades dos auxiliares que assumem essa tarefa, apresentando recomendações técnicas.

2012	Swedberg, Lena; Chiriac, Eva Hammar; Törnkvist, Lena; Hylander, Ingrid (71)	Patients in 24-hour home care striving for control and safety.	Outro Objeto, auxiliares de saúde referidos	Estudo sobre opinião dos utentes em relação à atividade dos auxiliares de saúde em contexto de cuidados domiciliários. A natureza do apoio prestado requer habilidades e conhecimentos que permitam desenvolver um vínculo relacional forte, assente na confiança e no respeito pela opinião e autonomia dos utentes.
2013	Davies, Nicola (72)	Managing tensions in the workplace.	Artigo de Opinião	Autor aborda tensões entre auxiliares e enfermeiros na prática do dia a dia. Faz um conjunto de sugestões para que os auxiliares façam prevenção e gestão deste tipo de situações.
2013	Fiabane, Elena; Giorgi, Ines; Sguazzin, Cinzia; Argentero, Piergiorgio (73)	Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo procurou identificar fatores preditivos (organizacionais e pessoais) no envolvimento de trabalhadores de saúde na sua atividade e comparar o nível de envolvimento no trabalho e as percepções de stress ocupacional de diferentes categorias profissionais de saúde. Auxiliares apresentam menor nível de insatisfação e percepções mais positivas sobre o seu ambiente de trabalho, algo que é explicado por um menor nível de escolaridade e, por consequência, de expectativas e ambições profissionais. Autores reconhecem que resultados contradizem os de outros estudos.
2013	Gensichen, Jochen; Petersen, Juliana J.; Von Korff, Michael; Heider, Dirk; Baron, Steffen; König, Jochem; Freyta, Antje; Krauth, Christian; Gerlach, Ferdinand M.; König, Hans-Helmut. (74)	Cost-effectiveness of depression case management in small practices	Outro objeto, auxiliares referidos	Estudo avalia o custo efetividade da gestão de casos de depressão por auxiliares de saúde nos cuidados primários na Alemanha. Resultados apontam para contributos dos auxiliares para qualidade dos cuidados e confirmam que é uma intervenção com um bom equilíbrio entre custo e efetividade.
2013	Hasson, Felicity; McKenna, Hugh P.; Keeney, Sinead (75)	Delegating and supervising unregistered professionals: The student nurse experience.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo analisa o nível percebido de preparação dos estudantes de enfermagem para supervisionar e delegar funções ao Auxiliares de saúde e explora como isso afetou sua experiência em contexto clínico. Resultados mostram incapacidade de delegar e a incompreensão do perfil e competências dos auxiliares pode estar na origem de ineficiência na utilização destes profissionais nas equipas, que também afeta a qualidade dos cuidados prestados. Profissionais diferenciados devem ser formados para delegar.
2013	Hoffmann, Barbara; Miessner, Carolin; Albay, Zeycan; Schrober, Jakob; Weppner, Katrin; Gerlach, Ferdinand M.; Guthlin, Corina (76)	Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo analisa conhecimentos e percepções dos profissionais de saúde sobre ambientes seguros nos cuidados primários na Alemanha. Auxiliares devem aprofundar conhecimento sobre causas de erro clínico e adotar medidas para prevenir e promover segurança dos utentes. Devem ser motivados a fazer sinalização ativa dos incidentes críticos como forma de aprendizagem e de promoção de uma cultura de segurança
2013	Lepping, Peter; Lanka, Srinivas V. N.; Turner, Jim; Stanaway, Stephen E. R. S.; Krishna, Murali (77)	Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo da prevalência de atos violentos de utentes e familiares sobre profissionais de saúde em enfermarias de 3 hospitais do País de Gales. Auxiliares de Saúde e enfermeiros são dos grupos mais sujeitos a violência, nomeadamente agressão verbal e física, provavelmente devido ao maior tempo de contacto com os utentes. Mais do que focado em determinados grupos profissionais, o treino em gestão de conflitos deve ser dirigido para trabalhadores que atuam nestes locais
2013	Swedberg, Lena; Chiriac, Eva Hammar; Törnkvist, Lena; Hylander, Ingrid (78)	From risky to safer home care: health care assistants striving to overcome a lack of training, supervision, and support	Objeto de estudo	Estudo explora a forma como os auxiliares de saúde suecos, cujo treino é limitado, gerem as funções de cuidar de pacientes dependentes no domicílio, longe da segurança garantida de um ambiente hospitalar. Resultados evidenciam necessidade de reforço da sua formação para responderem com mais qualidade, mesmo em contextos em que já prestam cuidados.
2013	Torres-Mesa, Luisa María; Jacqueline Schmidt-Riovalle; Inmaculada García-García (79)	Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo sobre percepção de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre a sua preparação para cuidar de doentes terminais e determinar os seus conhecimentos da legislação sobre cuidados paliativos. Auxiliares referem capacidade e conhecimentos para cuidar de utentes em fim de vida, mas revelam poucos conhecimentos sobre os direitos inscritos na lei para estes utentes. Nível de desconhecimento é associado pelos autores à natureza das tarefas que auxiliares desempenham e adequados ao seu baixo nível de autonomia.

2014	Fernández González, Manuel; Fernández Valencia, Mónica; Manso Huerta, María Ángeles; Gómez Rodríguez, M.ª Paz; Jiménez Recio, M.ª Carmen; Coz Díaz, Faustino del (80)	Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón - C.P.R.P.M. Mixta	Objeto de estudo	Estudo exploratório sobre prevalência de transtornos músculo-esqueléticos em auxiliares. Resultados são coincidentes com a dureza associada a esta atividade e com a falta de treino para práticas mais seguras.
2014	Long, C. G.; Harding, S.; Payne, K.; Collins, L. (81)	Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: implications for service development.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo analisou benefícios percebidos, boas práticas e aspetos práticos da supervisão clínica, incluindo como melhorar a prática. Auxiliares significativamente menos propensos a envolver-se em supervisão e menos propensos a perceber os seus benefícios. Necessária definição de regras e formação para prática de supervisão.
2014	Mackintosh, Nicola; Humphrey, Charlotte; Sandall, Jane (82)	The habitus of 'rescue' and its significance for implementation of rapid response systems in acute health care.	Parte da população de um estudo focado noutro objeto	Artigo explora processos sociais e institucionais associados aos cuidados de suporte de vida e as implicações para a implementação e eficácia de sistemas de resposta rápida nos cuidados de saúde agudos. Resultados mostram que a competência técnica dos enfermeiros fez com se distanciassem de tarefas rotineiras, frequentemente delegadas nos auxiliares. Embora estes tenham um papel muito ativo na observação e deteção de situações problemáticas e na prestação de alguns cuidados rotineiros e imediatos, a perspetiva holística do cuidar e a preparação técnico-científica dos enfermeiros faz recair nestes profissionais as responsabilidades da segurança dos utentes e de articulação com as equipas médicas. Esta tensão na disputa entre fronteiras jurisdicionais com base no conhecimento e no poder conferido pela hierarquia e por uma cultura organizacional enraizada é frequente, também se verificando entre os enfermeiros e os médicos.
2015	Bauer, Silvia; Halfens, R.; Lohrmann, C. . (83)	Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Avalia conhecimentos e atitudes de enfermeiros e auxiliares sobre cuidados nutricionais em estruturas residenciais. Identifica déficits de conhecimento específicos e áreas de atitudes negativas em enfermeiros e auxiliares e diferenças de conhecimentos entre estes dois grupos, permitirá desenvolver programas de treino orientado. Auxiliares realizam a maior parte dos cuidados diretos em lares de idosos, pelo que a sua formação é apontada como pedra angular da prestação de cuidados de boa qualidade.
2015	Bryant, Eileen (84)	Delegation in practice.	Artigo de Opinião	Artigo de opinião sobre delegação de competências para auxiliares nos cuidados primários no Reino Unido. Delegação pelos Enfermeiros deve ser baseada numa análise das necessidades do utente e não comprometer a sua segurança. Auxiliares não são regulados por organismo próprio, mas são responsáveis pelas suas ações e trabalhar de acordo com o seu nível de competências. Elementos da equipa devem perceber qual o seu papel e nível de responsabilidade e atuar de acordo com esse referencial.
2015	Clark, Ian; Thompson, Amanda (85)	Healthcare Assistants: distributional losses as a consequence of NHS modernisation?	Objeto de estudo	Autores analisam o papel que os auxiliares de saúde nos cuidados primários e para a forma como este foi moldado pela agenda de modernização do SNS britânico (iniciada em 1997) e se refletiu na sua atividade. Auxiliares entrevistados referem alargamento das suas responsabilidades por descarte dos enfermeiros de algumas das suas funções, mudança que não é acompanhada de valorização profissional e de melhoria nas condições de trabalho. Auxiliares resistem, usando a ausência seletiva quando as pressões aumentam e olhando a sua atividade como um mais trabalho e considerando-se como parte de um grupo subordinado e não como cuidadores.
2015	Galloway, Mandy (86)	GPs are not the only ones to struggle with increased demand	Artigo de opinião	Autora constata aumento da procura de cuidados nos cuidados primários e a escassez de médicos e de enfermeiros, alertando que Auxiliares de saúde contribuem para melhorar acessibilidade, mas não podem ser usados para substituir enfermeiros.

2015	Lacher, Stefanie; Geest, Sabina; Denhaerynck, Kris; Trede, Ines; Ausserhofer, Dietmar (87)	The Quality of Nurses' Work Environment and Workforce Outcomes From the Perspective of Swiss Allied Healthcare Assistants and Registered Nurses: A Cross-Sectional Survey.	Parte da população de um estudo focado noutro objeto	Estudo descreve a perspetiva de enfermeiros e auxiliares sobre qualidade dos cuidados. Autores referem que é o primeiro estudo que descreve o contexto organizacional dos cuidados de enfermagem em cuidados de agudos da perspetiva dos auxiliares. Verificam que condições de trabalho dos enfermeiros afetam as dos auxiliares, sentindo-se estes insatisfeitos com níveis de autonomia. Deve ser estimulado o reforço de mecanismos para garantir que os auxiliares continuam a sua formação para ser enfermeiros.
2015	Leal-Costa, C.; Díaz-Agea, J.L.; Tirado-González, S.; Rodríguez-Marín, J.; van-der Hofstadt, C.J. (88)	Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud	objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo analisa as capacidades comunicacionais como fator de prevenção de <i>burnout</i> em profissionais de saúde. Identifica menor conhecimento dos auxiliares de saúde em aspetos relacionados com comunicação com utente, sendo este um fator de risco acrescido. Aponta necessidade de formação em áreas de comunicação e de relação humana como forma de prevenção.
2016	Carmassi, Claudia; Gesi, Camilla; Simoncini, Marly; Favilla, Luca; Massimetti, Gabriele; Olivieri, Maria Cristina; Conversano, Ciro; Santini, Massimo; Dell'Osso, Liliana. (89)	DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo avaliou risco de Stress Pós traumático relacionado com a atividade em profissionais de um serviço de urgência italiano. Prevalência de sintomas e de diagnóstico mais elevada entre auxiliares de saúde, com valores alinhados com estudos similares feitos na Europa. É um fator de risco acrescido para <i>burnout</i> . Baixo nível de formação e género parecem constituir vulnerabilidade. Sugerem-se mais estudos para caracterizar problema, identificar causas e sugerir medidas de prevenção, como por exemplo a formação
2016	Cornally, Nicola; Coffey, Alice; Daly, Edel; McGlade, Ciara; Weathers, Elizabeth; O'Herlihy, Eileen; O'Caoimh, Rónán; McLoughlin, Kathleen; Sverdovski, Anton; Molloy, William (90)	Measuring staff perception of end-of-life experience of older adults in long-term care.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Artigo descreve desenvolvimento e teste piloto de um questionário de perceção das equipas de saúde sobre a experiência de fim de vida em idosos em cuidados de longa duração. Auxiliares foram explicitamente integrados no estudo por se reconhecer que, apesar de serem o maior grupo ocupacional dos serviços de cuidados de longa duração, há pouca investigação sobre o seu papel e perspetivas. Não se verificam grandes diferenças entre Enfermeiros e auxiliares nas respostas que dão sobre a sua perceção das reações de utentes e famílias perante um conjunto de situações. A grande diferença está na identificação de sinais e sintomas de desconforto e dor, que são mais reportados pelos auxiliares, provavelmente pela sua maior proximidade com os utentes no processo de cuidar.
2016	De Vlieghe, Kristel; Declercq, Anja; Aertgeerts, Bert; Moons, Philip (91)	Health Care Assistants in Home Nursing.	Objeto de estudo	Estudo explora perceções de enfermeiros, gestores e auxiliares de cuidados domiciliários sobre delegação de tarefas dos enfermeiros para auxiliares. Introdução de auxiliares nas equipas gerou ganhos de eficácia e eficiência, mas traz desafios relacionados com a adequação da formação para as tarefas que lhes são atribuídas e com a capacidade de os enfermeiros trabalharem delegarem e supervisionarem estas atividades, garantindo qualidade dos cuidados e segurança dos utentes
2016	Faulkner, Kathryn; Sutton, Stephen; Jamison, James; Sloan, Melanie; Boase, Sue; Naughton, Felix (92)	Are Nurses and Auxiliary Healthcare Workers Equally Effective in Delivering Smoking Cessation Support in Primary Care?	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo compara efetividade da intervenção de auxiliares e enfermeiros nas consultas de cessação tabágica, concluindo não existirem diferenças significativas entre os dois grupos. Apesar disso, auxiliares são mais lentos e menos autónomos nos procedimentos – Formação poderá contribuir para melhorar seu desempenho e satisfação.
2016	Griffiths, Peter; Ball, Jane; Murrells, Trevor; Jones, Simon; Rafferty, Anne Marie (93)	Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Estudo examina a associação entre mortalidade e o número de profissionais de enfermagem (onde se incluem auxiliares) no SNS britânico. Evidências não é suficiente para identificar limites seguros de pessoal em diferentes tipos de enfermarias. No entanto, pela combinação destes resultados com os de outros estudos, os autores consideram que as políticas voltadas para a substituição de enfermeiros por trabalhadores menos diferenciados devem ser revistas e que é necessária mais evidência sobre esta matéria.

2016	Matthews, Hannah; Williamson, Iain (94)	Caught between compassion and control: exploring the challenges associated with inpatient adolescent mental healthcare in an independent hospital.	Objeto de estudo	Autores analisam valores e atitudes dos HCA no cuidado a utentes com patologia mental em internamento. Necessidade e mais treino e apoio das organizações para que auxiliares possam fazer uma melhor gestão das suas emoções. O acesso ao apoio psicológico adequado no hospital onde foi realizada a pesquisa foi descrito como inadequado por vários participantes, o que pode ser reflexo do status de emprego dos participantes como funcionários mal remunerados e com vínculo precário, sugerindo que os auxiliares de saúde não são totalmente valorizados pelo hospital.
2016	Taggar, Jaspal S.; Coleman, Tim; Lewis, Sarah; Jones, Matthew (95)	Screening for Atrial Fibrillation--A Cross-Sectional Survey of Healthcare Professionals in Primary Care.	Objeto de estudo, em conjunto com outros profissionais	Análise das condições materiais e dos conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais dos Cuidados Primários relativamente à implementação de respostas de eletrocardiografia. HCA são o grupo com menos treino pós-graduado, mas é um treino realizado nos 5 anos anteriores ao inquérito. São também o grupo que menos refere ter conhecimentos de interpretação do ECG e o grupo que revela sentir mais necessidade mais entusiasmo para vir a ter mais formação na área e aprofundar conhecimentos.

1. Burns S, Blair V. Health care assistants in general practice. Primary Health Care [Internet]. julho de 2007;17(6):35–9. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=25809939&lang=pt-br&site=eds-live>
2. Vaughan P. Reviewing the roles of nurses and health care assistants in general practice. Primary Health Care [Internet]. setembro de 2007;17(7):14–6. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=26531452&lang=pt-br&site=eds-live>
3. Bosley S, Dale J. Healthcare assistants in general practice: practical and conceptual issues of skill-mix change. Br J Gen Pract [Internet]. 1 de fevereiro de 2008 [citado 21 de abril de 2016];58(547):118–24. Disponível em: <http://bjgp.org/content/58/547/118>
4. Cox A, Grimshaw D, Carroll M, McBride A. Reshaping internal labour markets in the National Health Service: new prospects for pay and training for lower skilled service workers? Human Resource Management Journal [Internet]. novembro de 2008;18(4):347–65. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=34805389&lang=pt-br&site=eds-live>
5. Vaughan P. Multidisciplinary team working: Developing the HCA role. Practice Nurse [Internet]. 19 de setembro de 2008;36(5):41–7. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=34894823&lang=pt-br&site=eds-live>
6. Bishop T. Healthcare assistants -- an under-valued resource. Practice Nurse [Internet]. 5 de setembro de 2008;5–5. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35181208&lang=pt-br&site=eds-live>
7. Bach S, Kessler I, Heron P. Role redesign in a modernised NHS: the case of health care assistants. Human Resource Management Journal [Internet]. abril de 2008;18(2):171–87. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=31266739&lang=pt-br&site=eds-live>
8. Brain L, Roberts M. How to assess competence levels of healthcare assistants. Primary Health Care [Internet]. maio de 2008;18(4):36–40. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=33057177&lang=pt-br&site=eds-live>
9. Alcorn J, Elizabeth A. Registered nurses' attitudes towards the role of the healthcare assistant. Nursing Standard [Internet]. 24 de junho de 2009;23(42):39. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=43228517&lang=pt-br&site=eds-live>
10. Bishop T. Healthcare assistants: it's about time for regulation. Practice Nurse [Internet]. 6 de novembro de 2009;5–5. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=45590613&lang=pt-br&site=eds-live>
11. King P, Crawford D. Healthcare assistants in the children's intensive care unit. Paediatric Nursing [Internet]. fevereiro de 2009;21(1):48–51. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=36486389&lang=pt-br&site=eds-live>
12. Grimshaw D. ¿Mejoraría el trabajo de remuneración baja un sistema salarial más incluyente? Estudio de los hospitales británicos. (Spanish). Revista Internacional del Trabajo [Internet]. dezembro de 2009;128(4):491. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=65025651&lang=pt-br&site=eds-live>
13. Hand T. Influenza vaccinations by healthcare assistants. Primary Health Care [Internet]. outubro de 2009;19(8):16–20. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=44799593&lang=pt-br&site=eds-live>
14. Petrova M, Vail L, Bosley S, Dale J. Benefits and challenges of employing health care assistants in general practice: a qualitative study of GPs' and practice nurses' perspectives. Family Practice [Internet]. junho de 2010;27(3):303–11. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=50640887&lang=pt-br&site=eds-live>

15. Scott G. Landmark decision is in everyone's interests. *Nursing Standard* [Internet]. 2 de novembro de 2011;1–1. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fake-proxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=67129543&lang=pt-br&site=eds-live>
16. Bishop T. The time has arrived to regulate assistants too. *Practice Nurse* [Internet]. 23 de setembro de 2011;41(15):5–5. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fake-proxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=66313614&lang=pt-br&site=eds-live>
17. Hand T. The developing role of the HCA in general practice. *Practice Nurse* [Internet]. 14 de dezembro de 2012;42(19):14–7. Disponível em: <https://bit.ly/34y0iHi>
18. Bishop T. Getting the skill mix right in general practice is crucial. *Practice Nurse* [Internet]. 14 de dezembro de 2012;42(19):5–5. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=84548514&lang=pt-br&site=eds-live>
19. Kinnair D. Make staffing levels mandatory. *Nursing Management - UK* [Internet]. setembro de 2012;3–3. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=79651784&lang=pt-br&site=eds-live>
20. Kessler I, Heron P, Dopson S. Indeterminacy and the Regulation of Task Allocation: The Shape of Support Roles in Healthcare. *British Journal of Industrial Relations* [Internet]. junho de 2013;51(2):310–32. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=87661991&lang=pt-br&site=eds-live>
21. Spina E. Semi profession and new professionalism in the health care labour market. The case of italian healthcare assistants. *Bulletin of the Transilvania University of Brasov Series VII: Social Sciences Law* [Internet]. janeiro de 2013;6(1):41–8. Disponível em: <https://bit.ly/3kJc8Fj>
22. Cavendish C. The Cavendish Review: Review of healthcare assistants and support workers in NHS and social care [Internet]. Department of Health - UK Government; 2013 [citado 9 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/review-of-healthcare-assistants-and-support-workers-in-nhs-and-social-care>
23. Clark I. Health-care assistants, aspiration, frustration and job satisfaction in the workplace. *Industrial Relations Journal* [Internet]. julho de 2014;45(4):300–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/irj.12053>
24. Kessler I, Spilsbury K, Heron P. Developing a high-performance support workforce in acute care: innovation, evaluation and engagement. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014.
25. Galloway M. Following the roadmaps towards national standards of competency. *Practice Nurse* [Internet]. 15 de agosto de 2014;7–7. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=97824775&lang=pt-br&site=eds-live>
26. Johnson M, Magnusson C, Allan H, Evans K, Ball E, Horton K, et al. 'Doing the writing' and 'working in parallel': How 'distal nursing' affects delegation and supervision in the emerging role of the newly qualified nurse. *Nurse Education Today* [Internet]. fevereiro de 2015;35(2):e29. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=100509579&lang=pt-br&site=eds-live>
27. Kessler I, Heron P, Dopson S. Professionalization and Expertise In Care Work: The Hoarding and Discarding of Tasks in Nursing. *Human Resource Management* [Internet]. setembro de 2015;54(5):737–52. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=109540879&lang=pt-br&site=eds-live>
28. Lovatt M, Nanton V, Roberts J, Ingleton C, Noble B, Pitt E, et al. The provision of emotional labour by health care assistants caring for dying cancer patients in the community: A qualitative study into the experiences of health care assistants and bereaved family carers. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. janeiro de 2015;52(1):271–9. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=99913141&lang=pt-br&site=eds-live>
29. Wöpping M. The education, training and qualifications of nursing and care assistants across Europe [Internet]. Brussels: Eurodiaconia; 2016 ago [citado 20 de novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.eurodiaconia.org>
30. Moseley LG, Davies M, Evans LE. The training needs of health care support workers: results of a study of workers and their managers. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. dezembro de 2007;16(12):2280–6. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=27550456&lang=pt-br&site=eds-live>
31. Vaughan P. The «year of the HCA.». *Nursing Management - UK* [Internet]. fevereiro de 2008;8–9. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=29340002&lang=pt-br&site=eds-live>
32. Atwal A, Tattersall K, Caldwell K, Craik C, McIntyre A, Murphy S. The positive impact of portfolios on health care assistants' clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [Internet]. fevereiro de 2008;14(1):172. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=28447413&lang=pt-br&site=eds-live>
33. Arroyo M, Rocandio AM, Ansotegui L, Pascual E, De la Pera CM. Cooperative learning strategies to teach nutrition to geriatric nursing staff. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* [Internet]. março de 2008;58(1):27. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=32008610&lang=pt-br&site=eds-live>
34. Lassen KO, Grinderslev E, Nyholm R. Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. *BMC Health Services Research* [Internet]. janeiro de 2008;8:1–13. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=38799185&lang=pt-br&site=eds-live>

35. Wells A, Swain D, Fieldhouse L. How support staff can be helped to challenge unacceptable practice. *Nursing Management - UK* [Internet]. fevereiro de 2010;16(9):24–7. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=48304954&lang=pt-br&site=eds-live>
36. Eaton A. SKILLS FIT FOR WORK. *Nursing Standard* [Internet]. 16 de fevereiro de 2011;25(24):62–3. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=58700804&lang=pt-br&site=eds-live>
37. Griffin R, Arbuthnot R, Fee L. Setting off on the right foot. *Training Journal* [Internet]. outubro de 2011;32–3. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=67417246&lang=pt-br&site=eds-live>
38. Kay J. We need local training for support workers. *Nursing Management - UK* [Internet]. novembro de 2011;18(7):8–8. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=67747598&lang=pt-br&site=eds-live>
39. Randall S. Preparing clinical support workers for the long-term conditions agenda. *Nursing Standard* [Internet]. 23 de fevereiro de 2011;25(25):35–9. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=59304745&lang=pt-br&site=eds-live>
40. Baker M. Education requirements for nurses working with people with complex neurological conditions: Nurses' perceptions. *Nurse Education Today* [Internet]. 1 de janeiro de 2012;32:71–7. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0260691711000244&lang=pt-br&site=eds-live>
41. Gandesha A, Souza R, Chaplin R, Hood C. Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. *Nursing Older People* [Internet]. maio de 2012;24(4):26–31. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=75127270&lang=pt-br&site=eds-live>
42. Hewitt-Taylor J. Innovation in education for health care assistants: a case study of a programme related to children with complex and continuing health needs. *Innovations in Education and Teaching International* [Internet]. maio de 2012;49(2):99–110. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=75346218&lang=pt-br&site=eds-live>
43. Cheesley A. Online resources promote better diabetes care. *Primary Health Care* [Internet]. fevereiro de 2014;24(1):10–10. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94085942&lang=pt-br&site=eds-live>
44. Griffin R. It is just a matter of application. *Nursing Standard* [Internet]. 20 de agosto de 2014;28(51):72–3. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=97579703&lang=pt-br&site=eds-live>
45. Trede I, Schweri J. Work values and intention to become a registered nurse among healthcare assistants. *Nurse Education Today* [Internet]. junho de 2014;34(6):948. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=95986385&lang=pt-br&site=eds-live>
46. Swedberg L, Michélsen H, Hammar Chiriac E, Hylander I. On-the-job training makes the difference: healthcare assistants' perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internet]. junho de 2015;29(2):369–78. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102498528&lang=pt-br&site=eds-live>
47. Bishop T. Initiatives to support high standards of care must be welcomed. *Practice Nurse* [Internet]. 17 de abril de 2015;45(4):5–5. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102303122&lang=pt-br&site=eds-live>
48. Carlisle J, Lawton J, Goyder E, Peters J, Lacey EA. The role of healthcare assistants in screening for diabetes: a qualitative study. *Quality in Primary Care* [Internet]. abril de 2007;15(2):77–83. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=24845446&lang=pt-br&site=eds-live>
49. Dennis AM, Leach C. Expressed emotion and burnout: the experience of staff caring for men with learning disability and psychosis in a medium secure setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* [Internet]. maio de 2007;14(3):267–76. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=24594510&lang=pt-br&site=eds-live>
50. Hooks R, Roberts J. Older peoples' personal care needs: an analysis of care provision and the roles of key healthcare personnel. *Int J Older People Nurs*. dezembro de 2007;2(4):263–9.
51. Nixon V. Identification of the development needs for the emergency care nursing workforce. *International Emergency Nursing* [Internet]. 1 de janeiro de 2008;16:14–22. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S1755599X07001000&lang=pt-br&site=eds-live>
52. Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, Torge M, Güthlin C, Mergenthal K, et al. Health Care Assistants in Primary Care Depression Management: Role Perception, Burdening Factors, and Disease Conception. *Annals of Family Medicine* [Internet]. 11 de dezembro de 2009;7(6):513–9. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=45586894&lang=pt-br&site=eds-live>
53. Keeling S. Key to student support. *Nursing Standard* [Internet]. 27 de maio de 2009;23(38):61–61. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=42210473&lang=pt-br&site=eds-live>
54. Rios A, Martinez-Alarcon L, Parrilla P, Ramirez P. Healthcare assistants faced with cadaveric organ donation in a hospital with a solid organ transplant program. *Transpl Int*. março de 2009;22(3):360–2.
55. Agapito SM, Sousa FC de. A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Internet]. dezembro de 2010;28(2):132–9. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200004&lang=pt

56. Buchan J. Working out the workforce. *Nursing Standard* [Internet]. 14 de abril de 2010;24(32):70–1. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=50734528&lang=pt-br&site=eds-live>
57. Calderero Castellanos G, Nieto Blanco E, Ledo García P, Pargaña Rodríguez A. Prevención de la Infección en Atención Primaria: prácticas y creencias de los profesionales. *Index de Enfermería* [Internet]. dezembro de 2010;19(4):259–63. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300006&lang=pt
58. Hyatt F. Adult seasonal influenza vaccination by healthcare assistants. *Practice Nurse* [Internet]. 8 de outubro de 2010;40(6):50–50. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=55717590&lang=pt-br&site=eds-live>
59. James J, Butler-Williams C, Hunt J, Cox H. Vital signs for vital people: an exploratory study into the role of the Healthcare Assistant in recognising, recording and responding to the acutely ill patient in the general ward setting. *Journal of Nursing Management* [Internet]. julho de 2010;18(5):548–55. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=52111753&lang=pt-br&site=eds-live>
60. Lees L, McAuliffe M. Venous thromboembolism risk assessments in acute care. *Nursing Standard* [Internet]. 3 de fevereiro de 2010;24(22):35–41. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=48765835&lang=pt-br&site=eds-live>
61. Sharipova M, Høgh A, Borg V. Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internet]. junho de 2010;24(2):332–40. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=50436811&lang=pt-br&site=eds-live>
62. Butler-Williams C, James J, Cox H, Hunt J. The hidden contribution of the health care assistant: a survey-based exploration of support to their role in caring for the acutely ill patient in the general ward setting. *Journal of Nursing Management* [Internet]. outubro de 2010;18(7):789–95. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=54397599&lang=pt-br&site=eds-live>
63. Liveng A. Learning and Recognition in Health and Care Work: An Inter-Subjective Perspective. *Journal of Workplace Learning* [Internet]. 1 de janeiro de 2010;22(1–2):41–52. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ874921&lang=pt-br&site=eds-live>
64. Beasley C. We are all responsible. *Nursing Standard* [Internet]. 9 de novembro de 2011;26(10):26. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=67346606&lang=pt-br&site=eds-live>
65. Gensichen J, Güthlin C, Kleppel V, Jäger C, Mergenthal K, Gerlach FM, et al. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors' perspectives. *Family Practice* [Internet]. outubro de 2011;28(5):565–71. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=65574653&lang=pt-br&site=eds-live>
66. Ingleton C, Chatwin J, Seymour J, Payne S. The role of health care assistants in supporting district nurses and family carers to deliver palliative care at home: findings from an evaluation project. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. julho de 2011;20(13/14):2043–52. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=61195564&lang=pt-br&site=eds-live>
67. V. Lloyd J, Schneider J, Scales K, Bailey S, Jones R. Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: findings from an ethnographic study of healthcare assistants in dementia care. *Journal of Interprofessional Care* [Internet]. setembro de 2011;25(5):345–51. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=63921344&lang=pt-br&site=eds-live>
68. Bowskill D. Safety first on medicines. *Nursing Standard* [Internet]. 28 de novembro de 2012;27(13):70–1. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=83810627&lang=pt-br&site=eds-live>
69. Gensichen J, Güethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice – A qualitative study. *Patient Education & Counseling* [Internet]. janeiro de 2012;86(1):114–9. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=69953322&lang=pt-br&site=eds-live>
70. Lewis R. Vital signs are vital for a reason. *Nursing Standard* [Internet]. 22 de agosto de 2012;26(51):72–72. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=79311986&lang=pt-br&site=eds-live>
71. Swedberg L, Chiriac EH, Tömkvist L, Hylander I. Patients in 24-hour home care striving for control and safety. *BMC Nursing* [Internet]. janeiro de 2012;11(1):9–20. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=83147900&lang=pt-br&site=eds-live>
72. Davies N. Managing tensions in the workplace. *Nursing Standard* [Internet]. 20 de novembro de 2013;28(12):71–71. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92506431&lang=pt-br&site=eds-live>
73. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. setembro de 2013;22(17/18):2614–24. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=89023839&lang=pt-br&site=eds-live>

74. Gensichen J, Petersen JJ, Von Korff M, Heider D, Baron S, König J, et al. Cost-effectiveness of depression case management in small practices. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. junho de 2013;202(6):441. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=88216317&lang=pt-br&site=eds-live>
75. Hasson F, McKenna HP, Keeney S. Delegating and supervising unregistered professionals: The student nurse experience. *Nurse Education Today* [Internet]. março de 2013;33(3):229. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=85895212&lang=pt-br&site=eds-live>
76. Hoffmann B, Miessner C, Albay Z, Schrober J, Weppeler K, Gerlach FM, et al. Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices. *Ann Fam Med*. agosto de 2013;11(4):355–62.
77. Lepping P, Lanka SVN, Turner J, Stanaway SERS, Krishna M. Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards. *Clinical Medicine* [Internet]. dezembro de 2013;13(6):543–6. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92764373&lang=pt-br&site=eds-live>
78. Chiriac EH, Swedberg L, Törnkvist L, Hylander I. From risky to safer home care: health care assistants striving to overcome a lack of training, supervision, and support. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being* [Internet]. janeiro de 2013;8:1–11. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=90177067&lang=pt-br&site=eds-live>
79. Torres-Mesa LM, Jacqueline Schmidt-Riovalle, Inmaculada García-García. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Vol 47, Iss 2, Pp 464-470 (2013) [Internet]. 2013;(2):464. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.65e348abc87e4f9ba554c8886c691c0e&lang=pt-br&site=eds-live>
80. Fernández González M, Fernández Valencia M, Manso Huerta MÁ, Gómez Rodríguez Mª P, Jiménez Recio Mª C, Coz Díaz F del. Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores «Mixta» de Gijón - C.P.R.P.M. Mixta. *Gero Komos* [Internet]. março de 2014;25(1):17–22. Disponível em: http://scielo.es-ciui.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100005&lang=pt
81. Long CG, Harding S, Payne K, Collins L. Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: implications for service development. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* [Internet]. março de 2014;21(2):154–62. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94665019&lang=pt-br&site=eds-live>
82. Mackintosh N, Humphrey C, Sandall J. The habitus of 'rescue' and its significance for implementation of rapid response systems in acute health care. *Social Science & Medicine* [Internet]. 31 de outubro de 2014;120:233–42. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=99232818&lang=pt-br&site=eds-live>
83. Bauer S, Halfens R, Lohrmann C. Knowledge and attitudes of nursing staff towards malnutrition care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Nutrition, Health & Aging* [Internet]. agosto de 2015;19(7):734. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=108509090&lang=pt-br&site=eds-live>
84. Bryant E. Delegation in practice. *Practice Nurse* [Internet]. 14 de agosto de 2015;45(8):22–5. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=109127415&lang=pt-br&site=eds-live>
85. Clark I, Thompson A. Healthcare Assistants: distributional losses as a consequence of NHS modernisation? *New Technology, Work & Employment* [Internet]. novembro de 2015;30(3):209–21. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=111454101&lang=pt-br&site=eds-live>
86. Galloway M. GPs are not the only ones to struggle with increased demand. *Practice Nurse* [Internet]. 13 de março de 2015;45(3):4–4. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101673923&lang=pt-br&site=eds-live>
87. Lacher S, Geest S, Denhaerynck K, Trede I, Ausserhofer D. The Quality of Nurses' Work Environment and Workforce Outcomes From the Perspective of Swiss Allied Healthcare Assistants and Registered Nurses: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Nursing Scholarship* [Internet]. setembro de 2015;47(5):458–67. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=109304988&lang=pt-br&site=eds-live>
88. Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J, van-der Hofstadt CJ. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. agosto de 2015;38(2):213–23. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000200005&lang=pt
89. Carmassi C, Gesi C, Simoncini M, Favilla L, Massimetti G, Olivieri MC, et al. DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in Italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment. *Neuropsychiatric Disease & Treatment* [Internet]. fevereiro de 2016;12:375–81. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=113571076&lang=pt-br&site=eds-live>
90. Cornally N, Coffey A, Daly E, McGlade C, Weathers E, O'Herlihy E, et al. Measuring staff perception of end-of-life experience of older adults in long-term care. *Applied Nursing Research* [Internet]. maio de 2016;30:245. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=115240226&lang=pt-br&site=eds-live>

91. De Vliegheer K, Declercq A, Aertgeerts B, Moons P. Health Care Assistants in Home Nursing. *Home Health Care Management & Practice* [Internet]. fevereiro de 2016;28(1):51–6. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=112508740&lang=pt-br&site=eds-live>
92. Faulkner K, Sutton S, Jamison J, Sloan M, Boase S, Naughton F. Are Nurses and Auxiliary Healthcare Workers Equally Effective in Delivering Smoking Cessation Support in Primary Care? *Nicotine & Tobacco Research* [Internet]. maio de 2016;18(5):1054–60. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=114468674&lang=pt-br&site=eds-live>
93. Griffiths P, Ball J, Murrells T, Jones S, Rafferty AM. Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 4 de janeiro de 2016;6(1):1. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=114968042&lang=pt-br&site=eds-live>
94. Matthews H, Williamson I. Caught between compassion and control: exploring the challenges associated with inpatient adolescent mental healthcare in an independent hospital. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. maio de 2016;72(5):1042–53. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=114436738&lang=pt-br&site=eds-live>
95. Taggar JS, Coleman T, Lewis S, Jones M. Screening for Atrial Fibrillation – A Cross-Sectional Survey of Healthcare Professionals in Primary Care. *PLoS ONE* [Internet]. 4/1/2016 de 2016;11(4):1–14. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000558/fakeproxy/index.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=114181089&lang=pt-br&site=eds-live>