

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO  
PROCESSO DE BOLONHA NOS  
ENFERMEIROS EM PORTUGAL:**

**– Construção de um Modelo para Avaliação de  
Impacto de Políticas Intersectoriais –**

II Curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento  
Dissertação para obtenção de grau de Mestre

*Autor: Joel da Costa Pereira*

*Orientador: Professor Doutor Gilles Dussault*

*Co-Orientador: Professora Doutora Zulmira Hartz*

Lisboa, 2010

*“If you're not prepared to be wrong you'll never come up with anything original.”*  
Sir Ken Robinson

*“The dogmas of the quiet past, are inadequate to the stormy present. The occasion is piled high with difficulty, and we must rise - with the occasion. As our case is new, so we must think anew, and act anew”*

Abraham Lincoln

*“When the Lord created the world and people to live in it - an enterprise which, according to modern science, took a very long time - I could well imagine that He reasoned with Himself as follows: 'If I make everything predictable, these human beings, whom I have endowed with pretty good brains, will undoubtedly learn to predict everything, and they will thereupon have no motive to do anything at all, because they will recognize that the future is totally determined and cannot be influenced by any human action.*

*On the other hand, if I make everything unpredictable: they will gradually discover that there is no rational basis for any decision whatsoever and, as in the first case, they will thereupon have no motive to do anything at all.*

*Neither scheme would make sense. I must therefore create a mixture of the two. Let some things be predictable and let others be unpredictable. They will then, amongst many other things, have the very important task of finding out which is which.’”*

E. F. Schumacher

## **Resumo**

*Contexto:* Os recursos humanos são considerados por diversos autores como o elemento chave dos sistemas de saúde, apesar de nem sempre se lhes ter sido dada a devida atenção. O planeamento estratégico dos recursos humanos de saúde, num ambiente instável, como o que se vive actualmente, pode ser influenciado não só por reformas no sector da saúde mas também, por reformas de outros sectores. Neste sentido, seria útil que parte desse planeamento incluísse uma análise dos efeitos que as políticas intersectoriais têm ou terão nos RHS. Deste modo, pretende-se durante este trabalho contribuir para o desenvolvimento de um modelo que, permita avaliar o impacto que, políticas intersectoriais terão nos RHS, mais especificamente nos Enfermeiros em Portugal.

*Objectivo:* Construir um modelo de avaliação dos potenciais impactos de uma política intersectorial, na força de trabalho dos RHS em Portugal. Avaliar o impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho dos Enfermeiros em Portugal.

*Material e métodos:* Para concretização deste estudo recorreu-se a métodos mistos qualitativos e quantitativos. O desenho proposto insere-se numa estratégia transformativa sequencial (Creswell, 2009), tendo o estudo sido desenvolvido ao longo de duas etapas principais. A primeira para construção e validação teórica do modelo de RHS que serviria de base à Avaliação de Impacto. Uma segunda etapa para aplicação do questionário construído ao Processo de Bolonha.

*Resultados:* O modelo seleccionado para Avaliação de Impacto foi considerado valido e consensual pelos respondentes, mas insuficiente para explicar todos os efeitos. Dos resultados da aplicação do questionário sobre o Processo de Bolonha, salientam-se entre outros alguma heterogeneidade nas respostas obtidas, os efeitos positivos nas subdimensões Planeamento, Recrutamento, Supervisão/gestão, Apoio Sistémico, Equidade e Capacidade de Resposta. Efeitos negativos nas subdimensões Planeamento, Educação/re-treinamento, Compensação e Equidade. Destas respostas sobressai, o facto de, os enfermeiros entrarem no mercado de trabalho apenas com o 1º ciclo como um dos factores mais referido pelos respondentes, como tendo, efeitos importantes, na Enfermagem em Portugal.

*Conclusões:* Apesar do Processo de Bolonha ser uma política em implementação, é importante ter em consideração os efeitos já descritos, que não estão explícitos na política. Existe carência de evidência para fundamentar alguns desses efeitos. No entanto, este trabalho dá algumas indicações sobre alguns efeitos que necessitam desde já de uma monitorização, tais como por exemplo, as potenciais desigualdades que podem surgir em comparação com outras classes de profissionais de saúde. De entre as recomendações sugeridas destacam-se, entre outras, a necessidade de adequar a formação às necessidades de cuidados de enfermagem da população e ao mercado de trabalho e a necessidade de garantir a qualidade do ensino e fomento da aplicação dos princípios de Bolonha.

**Palavras-chave:** Avaliação de Impacto, Planeamento em Saúde, Recursos Humanos de Saúde, Força de Trabalho, Enfermeiros, Bolonha, Portugal.

## Índice

Resumo .....	3
Siglas e Acrónimos:.....	8
Agradecimentos .....	9
Introdução:.....	11
I - Enquadramento Teórico.....	13
1. Políticas Intersectoriais e Saúde .....	15
2. Avaliação de Impacto .....	17
2.1 Definição .....	17
2.2 Evolução da avaliação de impacto .....	19
2.2.1 Na Comissão Europeia .....	19
2.2.2 Nos sistemas de saúde .....	20
2.2.3 Avaliação de impacto em saúde .....	22
2.3 Etapas da avaliação de impacto .....	23
2.4 A validade da Avaliação de Impacto.....	25
2.5 Desafios da avaliação de impacto.....	26
3. Avaliação de Impacto dos Recursos Humanos.....	28
3.1 Pertinência dessa avaliação .....	28
3.2 Modelos de RHS.....	29
4. A Declaração de Bolonha .....	32
4.1 Descrição do Processo de Bolonha.....	33
4.2 O processo de Bolonha em Portugal.....	37
4.3 A implementação do Processo de Bolonha na Enfermagem em Portugal .....	40
5. Quadro analítico e objectivos do estudo .....	43
II - Material e Métodos:.....	45
1. Desenho de estudo .....	45
2. Etapas do Projecto .....	47
2.1 Construir um modelo de avaliação dos potenciais impactos de uma política intersectorial, na força de trabalho dos RHS em Portugal.....	47
2.2 Avaliar o impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho dos Enfermeiros em Portugal.....	50
III - Resultados .....	54
1. Construção de um modelo de avaliação de impacto em RHS .....	54
2. O Impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho dos Enfermeiros em Portugal.....	57
2.1 Entrada na força de trabalho:.....	57
2.2 Reentrada/ reintegração: .....	64
2.3 Desenvolvimento da força de trabalho .....	64
2.4 Performance da Força de Trabalho.....	69
2.5 Saída .....	71
2.6 Comentários à matriz.....	73
2.7 Recomendações para maximizar efeitos positivos .....	74
2.8 Recomendações para minimizar efeitos negativos.....	75
IV - Discussão e conclusões .....	77
V - Considerações finais.....	101
Bibliografia.....	103
ANEXOS.....	110
Anexo I – Carta para 1º Grupo de Informadores Chave.....	110

ANEXO II – Respostas do 1º Grupo de Informadores Chave .....	113
Anexo III – Matriz de análise dos impactos após consulta de 1º grupo de Informadores chave .....	116
Anexo IV – Matriz de análise dos Impactos após consulta de 2º Grupo.....	120
Anexo V – Questionário após pré-teste.....	125
Anexo VI – Grupo de peritos convidados para o “ <i>Policy Dialogue on the planning for a well-skilled nursing and social care workforce in the European Union</i> ” .....	129
Anexo XVII - Enfermeiros e representantes contactados para o Processo de Bolonha .....	130
Anexo VIII – Resultados da aplicação do Questionário.....	133
Anexo IX – Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais e descritores do 2º ciclo .....	162

## Índice de Figuras, Gráficos e Quadros

Figura 1 Políticas Públicas e Força de Trabalho dos RHS .....	16
Figura 2 Cubo de AI nos Sistemas de saúde .....	22
Figura 3 Recursos Humanos de saúde a cola dos Sistemas de Saúde .....	29
Figura 4 Factores que contribuem para o processo de motivação individual.....	30
Figura 5 "Estratégias para a vida útil" .....	31
Quadro 1 Cronograma do Processo de Bolonha.....	34
Figura 6 Diagrama do Sistema de Ensino Superior Português.....	39
Figura 7 Quadro analítico: Processo de Bolonha no contexto Português.....	44
Quadro 2 Desenho de estudo .....	46
Quadro 3 Número de respondentes por Grupo .....	53
Figura 7 A força de trabalho ao longo do ciclo vital.....	55
Gráfico 1 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Planeamento" .....	58
Gráfico 2 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Educação/ re-treinamento" .....	60
Gráfico 3 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Recrutamento" .....	62
Gráfico 4 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Reentrada/ Reintegração" .....	64
Gráfico 5 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Retenção" .....	65
Gráfico 6 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Supervisão/ gestão" .....	66
Gráfico 7 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Compensação" .....	67
Gráfico 8 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Apoio sistémico" .....	68
Gráfico 9 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Equidade" .....	68
Gráfico 10 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Capacidade de resposta" .....	71
Quadro 4 Aspectos da força de trabalho de Enfermagem não incluídos na Matriz .....	73
Quadro 5 Recomendações para maximizar os efeitos positivos.....	74
Quadro 6 Recomendações para minimizar os efeitos negativos .....	76
Quadro 7 N° de Candidatos em 1ª preferência vs nº de Vagas entre 2000 e 2009 .....	80
Quadro 8 Despesas de educação totais por ano por tipo de ensino e por área científica (Euros) .....	82
Quadro 10 Número de Enfermeiros registados na O.E. por Nacionalidade, 2002-2008	87
Quadro 11 Número de enfermeiros desempregados em Portugal inscritos no IEFP, de acordo com sexo e grupo etário 1999-2008 (excluindo Madeira e Açores).....	95
Figura 9 Mudança do estado emocional do investigador ao longo do tempo .....	101

## **Siglas e Acrónimos:**

A3ES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior  
AI – Avaliação de Impacto  
AUE – Associação de Universidades Europeias  
CET – Curso de Especialização Tecnológica  
DGES – Direcção Geral do Ensino Superior  
DH – Department of Health  
DIA – Declaração de Impacto Ambiental  
EC – European Commission  
ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System  
EIA – Estudo de Impacto Ambiental  
EPT – Exercício Profissional Tutelado  
EQAR – European Quality Assurance Register  
FNAEE – Federação Nacional das Associações Estudantes de Enfermagem  
GPEARI – Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais  
HW – Health Workforce  
HRH – Human Resources of Health  
IA – Impact Assessment  
IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional  
IES – Instituições de Ensino Superior  
INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge  
LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo  
MCTES – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional  
MS – Ministério da Saúde  
O.E. – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PB – Processo de Bolonha  
PIB – Produto Interno Bruto  
QEQ – Quadro Europeu de Qualificações  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
RHS – Recursos Humanos de Saúde  
SEP – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses  
SI – Sistemas de Informação  
TEC – Treaty establishing the European Community  
UE – União Europeia  
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana  
WHO – World Health Organization

## Agradecimentos

No ano lectivo 2007/2008, entrei no Mestrado em Saúde e Desenvolvimento no IHMT. Começo, assim, por agradecer a esta instituição que me acolheu durante estes anos.

O trabalho aqui apresentado surge, após o ano lectivo do mestrado, sendo resultado de um trabalho desenvolvido em paralelo com a minha actividade profissional, como Enfermeiro, no Hospital Fernando Fonseca, que me obrigou a um esforço duplo.

Gostaria de agradecer ao Professor Gilles Dussault por ter aceite o desafio de me orientar durante este percurso e pelas oportunidades que me proporcionou de participar quer noutros projectos, quer em outras actividades que foram surgindo no IHMT.

A ideia do tema principal desta tese, a Avaliação de Impacto nos RHS, teve como “pai” o Professor Paulo Ferrinho. Apesar das minhas constantes dúvidas, parte da responsabilidade por ter conseguido ter chegado aqui devo a ele. Agradeço não só a ideia, mas também a amizade e o incentivo para a ir para a frente com este projecto.

Este trabalho não teria sido possível sem a paciência, amizade e disponibilidade da Professora Zulmira Hartz. A ela agradeço a co-orientação ajudando-me por exemplo a perceber o que não iria desenvolver durante este trabalho. Foi incansável no seu constante apelo para simplificar e eliminar o acessório.

Durante este trabalho, dei-me de conta que, a investigação é por vezes um trabalho solitário. No entanto, existiram quebras nesse isolamento pelas pessoas que me foram ajudando durante este percurso. A Cláudia Conceição foi uma dessas pessoas a quem agradeço pela sua constante disponibilidade, pela crítica construtiva e incentivo a terminar esta etapa. Agradeço também à Mestre Inês Fronteira pela disponibilidade e dicas que foi dando, à Doutora Isabel Craveiro pelos esclarecimentos e orientação quanto aos métodos seleccionados, à Professora Luzia Gonçalves por me esclarecer quanto a caminhos que não poderia seguir e aos outros docentes pelos conhecimentos transmitidos durante este percurso. Agradeço também ao Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde pelo convite a participar no “*Policy Dialogue on the planning for a well-skilled nursing and social care workforce in the European Union*” e a todos os participantes neste evento.

Durante este percurso pude contar com a paciência e incentivo da Dina, a ajuda do meu irmão e todos os meus amigos e colegas que tiveram que suportar o meu humor! No final desta etapa, pude contar ainda com a preciosa ajuda da Professora Maria João e da Vera na revisão ortográfica deste trabalho.

Por fim, agradecer aos grandes responsáveis por ter chegado a este ponto. Sem a sua contribuição este trabalho era impossível. Refiro-me a todos os respondentes que contribuíram com os seus comentários e a quem dedico este trabalho.

## Introdução:

Prever o futuro constitui uma tarefa arriscada mas de importância fundamental na área da saúde. Sendo a maioria dos problemas em saúde, problemas complexos<sup>1</sup>, torna-se difícil antecipar os desafios que os sistemas de saúde têm que enfrentar. Contudo, na tomada de decisão, há a necessidade antecipar o futuro, para fundamentar as decisões presentes.

A este propósito, Dazon<sup>2</sup>, no prefácio do livro “*De Alma a Harry – Crónica da Democratização da Saúde*”, refere como suas prioridades de acção, a melhoria da capacidade de resposta perante situações de crise, bem como a melhoria dos sistemas de saúde e dos recursos humanos que os servem (Sakellarides, 2006). Tendo em conta que, o objectivo primordial dos sistemas de saúde é a oferta de cuidados de saúde de qualidade a todos os cidadãos (WHO, 2000), Dazon acrescenta que o atingir deste objectivo assenta em quatro pilares fundamentais. O primeiro será assegurar um acesso real, a todos os cidadãos, a cuidados de saúde, à promoção da saúde, à prevenção da doença e à informação de saúde. O segundo pilar assenta na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança dos doentes. O terceiro pilar relaciona-se com o desenvolvimento da participação e envolvimento dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde. O último pilar assenta na melhor forma de utilizar os recursos humanos e financeiros da saúde. Para o desenvolvimento deste último pilar, é fundamental o planeamento de uma estratégia política de recursos humanos de saúde. No entanto, esse planeamento não pode estar desligado das restantes políticas dado que estas podem contribuir com efeitos importantes na performance e motivação dos profissionais de saúde (Franco *et al.*, 2002).

A importância de ter em consideração aspectos relacionados com a saúde nas políticas sociais, de emprego, económicas e outras, tem sido salientada nos últimos anos principalmente desde que essa intenção se tornou explícita, durante a Presidência Finlandesa da UE. No documento então publicado “*Health in All Policies: Prospects*

---

<sup>1</sup> Para Mintzberg (Lapão, 2008) as organizações de saúde são consideradas as mais complexas, pelas suas características dado que estas são compostas por diferentes serviços, diferentes pessoas (com diferentes competências) que fazem diferentes tarefas e diferentes processos que exigem uma abordagem holística dos sistemas.

<sup>2</sup>Ex Director Regional da OMS para a Europa

*and Potentials*” é salientada a importância que políticas de outros sectores podem ter na saúde, bem como os, efeitos que a concretização dos objectivos de saúde podem ter, noutros sectores (Stahl *et al.*, 2006). Nesse documento, foram descritas algumas formas de tornar esse objectivo possível, tendo sido atribuída grande importância à avaliação de impacto em saúde como forma de antecipar esses efeitos.

Neste sentido, consideramos que, no que se refere aos RHS (Recursos Humanos de Saúde), se deveria seguir uma estratégia similar, devido aos efeitos importantes que podem ter na força de trabalho do sector da saúde, políticas como a alteração do regime de aposentações, directiva europeia do tempo de trabalho (2003/88/EC), directiva comunitária de reconhecimento de qualificações profissionais (2005/36/EC), Processo de Bolonha entre outras.

Assim, espera-se, com este trabalho, dar um contributo inicial para a construção de um modelo de avaliação de impacto de RHS<sup>3</sup>, bem como evidenciar alguns dos potenciais efeitos que o Processo de Bolonha poderá ter na Força de Trabalho dos Enfermeiros em Portugal. Procura-se assim responder à questão de Investigação: “*Quais os Impactos do Processo de Bolonha na Força de trabalho de Enfermagem em Portugal?*” Para isso, na primeira parte são apresentados os pressupostos teóricos que estão na base da Avaliação de impacto. Nesta parte faz-se também uma breve abordagem ao Processo de Bolonha e a sua implementação na Enfermagem em Portugal. Na segunda parte são desenvolvidos os métodos seleccionados para a concretização deste projecto. Na terceira parte apresentam-se os resultados. Os resultados apresentados serão discutidos e serão evidenciadas as principais conclusões do estudo sendo ainda sugeridos possíveis caminhos a seguir quanto a investigação futura nesta área. Este trabalho termina com “Considerações Finais” onde brevemente o autor apresenta a sua visão de todo este projecto.

---

<sup>3</sup> No decurso do trabalho a expressão avaliação de impacto em recursos humanos, deve entender-se como avaliação de impacto na força de trabalho dos recursos humanos de saúde.

## I - Enquadramento Teórico

O sucesso dos sistemas de saúde está altamente dependente da performance dos recursos humanos que o compõem. A qualidade, a eficiência e equidade dos cuidados prestados está intimamente relacionada com o empenho com que os profissionais de saúde desempenham as suas tarefas (Franco *et al.*, 2002). Assim, a existência de recursos humanos qualificados e motivados é essencial para a adequada provisão de cuidados de saúde (Dieleman e Harnmeijer, 2006).

O estudo da força de trabalho<sup>4</sup> dos RHS tem ganho, nos últimos anos, maior importância à medida que se vão tornando mais claras as relações entre a efectividade dos sistemas de saúde e os RHS (Fritzen, 2007). Dada essa importância, alguns autores consideram que estamos na era dos RHS (El-Jardali *et al.*, 2007). Um dos contributos para esse foco de atenção foi o Relatório Mundial de Saúde de 2006 “Trabalhando juntos pela saúde” onde foi dada grande prioridade à necessidade de os países desenvolverem as suas políticas e estratégias de RHS.

Este foco de atenção é tanto mais importante dado que alguns países enfrentam desafios relacionados com a diminuição do stock de RHS, desequilíbrios no *skill-mix* (combinação de competências), na distribuição e fraco ambiente de trabalho (El-Jardali *et al.*, 2007). Estes desafios são exacerbados por outros relacionados com mudanças demográficas, capacidade limitada de ensino, estratégias de recrutamento e retenção deficitárias, fraco planeamento de RHS, decisões políticas pouco informadas, reformas dos sistemas de saúde, bases de dados de RHS pobres, mudanças epidemiológicas e outras políticas que interferem com o clima organizacional.

No Relatório Mundial de Saúde de 2000, é salientada a importância e responsabilidade da intervenção dos governos para um bom desempenho dos sistemas de saúde. Nos últimos anos, tem-se assistido a várias reformas<sup>5</sup> no sector da saúde, com o objectivo de

---

<sup>4</sup> Por força de trabalho em RHS entende-se os recursos humanos cuja sua acção consiste principalmente no desenvolvimento da saúde. Dada a amplitude desta definição iremos recorrer a um modelo teórico que permitirá sistematizar algumas dimensões que influenciam essa força de trabalho. A força de trabalho é caracterizada não só pelo número de profissionais de saúde mas também a sua distribuição, qualidade, performance, competências, peso económico e fluxos quer de entrada quer de saída do sistema de saúde.

<sup>5</sup> Reforma no sector da saúde, entende-se como um processo de mudança que tem como principal objectivo desenvolver as políticas nacionais por alterar as prioridades, regulamentos, estrutura organizacional e o planeamento financeiro do sector da saúde (Franco *et al.* 2002).

melhorar a relação entre os recursos dispendidos e os resultados obtidos em termos de saúde. Estas reformas têm como objectivos explícitos aumentar a equidade de acesso, a efectividade dos cuidados, a eficiência da utilização dos recursos, a satisfação dos utilizadores e a sustentabilidade (Rigoli e Dussault, 2003). Neste sentido, a implementação de novas políticas de saúde podem interferir com a cultura organizacional, com a gestão dos recursos humanos e com os tipos de interacção entre os intervenientes, podendo produzir efeitos também na força de trabalho dos RHS (Franco *et al.*, 2002).

Dubois *et al.* (2006) comentam que o desempenho dos trabalhadores de saúde é afectado não só por políticas do sector saúde, mas também por políticas que não são dirigidas exclusivamente para este sector, tais como políticas relacionadas com as condições de trabalho (por exemplo horas de trabalho semanais, condições para reforma, carreiras), políticas de educação (por exemplo o Processo de Bolonha), economia (cortes orçamentais, crise económica, redução do número de funcionários públicos) entre outros. Deste modo, para além de um plano de desenvolvimento de recursos humanos, deve ser desenvolvido um método que permita estimar as consequências ou impactos que essas alterações irão potencialmente ter nos recursos humanos de saúde.

Uma das possíveis formas de aceder a alguns desses impactos é através da revisão da literatura, considerando o que já foi feito noutros países e quais os resultados daí obtidos. No entanto, conforme afirmam Franco *et al.* (2002), num estudo sobre a motivação e reformas de saúde, os factores que influenciam a motivação dos trabalhadores variam em ambientes estáveis, sendo que, reformas políticas cujos objectivos eram desenvolver as condições de trabalho e atribuição de incentivos, podem não ter os efeitos esperados nos sistemas de saúde. Opinião corroborada por Van Lerberghe e Ferrinho (2002), que afirmam que os problemas relacionados com a gestão de recursos humanos estão estreitamente relacionados com o contexto, não existindo por isso “receitas mágicas” para a sua resolução. Daí ser imperativo desenvolver um método que permita aceder e prever alguns dos potenciais efeitos que determinada política pode ter num contexto definido, permitindo repensá-la de acordo com os impactos estimados.

A avaliação de impacto pode ser útil neste caso uma vez que, por definição, constitui um conjunto lógico de etapas que permite aos decisores políticos reunir evidência sobre as vantagens e desvantagens de determinada política, por aceder aos seus potenciais impactos (European Commission, 2008).

Os impactos em RHS podem ser definidos como os efeitos ou consequências que a implementação de determinada política, programa ou projecto terá nesta força de trabalho (Van Lerberghe e Ferrinho, 2002). Esses efeitos podem ser previsíveis ou intencionais, estando normalmente incluídos nos objectivos que se pretendem para determinada política, ou imprevisíveis, necessitando por isso de ser estimados. Além disso, os impactos podem ser diferentes de acordo com quem vai ser afectado e em que escala de tempo esses impactos vão ocorrer (European Commission, 2005).

## **1. Políticas Intersectoriais e Saúde**

A noção de que as decisões políticas podem ter efeitos importantes na saúde foi salientada por alguns autores. Num estudo realizado por Navarro *et al.* (2006), foi referido que as ideologias políticas dos partidos no governo afectam alguns indicadores de saúde, acrescentado que a implementação de políticas com o objectivo de reduzir as iniquidades, parecem ter um efeito salutogénico na população. No entanto, os mesmos autores acrescentam que ainda poucos estudos científicos analisaram as consequências da agenda política dos partidos de governo na saúde das populações. Opinião partilhada por Bambra *et al.* (2005) que reforçam esta ideia, referindo que num período em que é reconhecida a importância das políticas públicas como factor determinante de saúde, é paradoxal que permaneça uma ausência de debate sobre as formas como a política, ideologias e o poder que lhes estão subjacentes influenciam a saúde das pessoas.

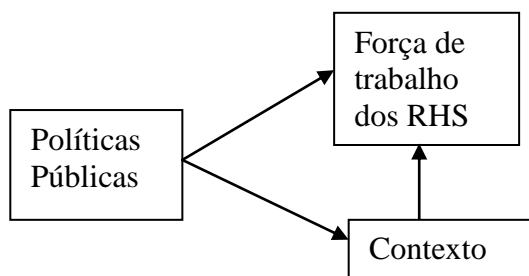
Apesar dessas lacunas alguns passos têm vindo a ser dados no sentido de tornar a saúde mais transversal a todas as áreas de decisão política. Em 1986 na carta de Ottawa (WHO, 1986) ficou explícito que a promoção da saúde está para além dos cuidados de saúde. Assim, a saúde deve estar na agenda política de todos os sectores e a todos os níveis, dirigindo a atenção dos decisores para as consequências das suas decisões, responsabilizando-os pelas suas consequências na saúde. Deste modo, a adopção de

políticas públicas saudáveis implica a identificação de obstáculos à sua implementação e o desenvolvimento de medidas para os ultrapassar.

Esta nova forma de ver as decisões políticas foi reiterada no documento acima referido “*Health in All Policies: Prospects and potentials*” e, desde então, têm sido desenvolvidas metodologias, entre as quais a avaliação de impacto, que permitem ter em consideração os efeitos de políticas intersectoriais na saúde. Um exemplo de uma dessas abordagens que será explicitado mais à frente, é a Avaliação de Impacto nos Sistemas de Saúde (Wismar e Ernst, 2006). Os autores explicam que, no que se refere às políticas europeias, estas podem ter efeitos nos sistemas de saúde, no entanto, esses efeitos não são só causados pela política de saúde pública (Artigo 152 do TEC). Neste sentido, as políticas Europeias, por alterarem o contexto ou partes do contexto em que os sistemas de saúde estão inseridos, podem indirectamente ter consequências nos sistemas de saúde.

O mesmo se passa no que se refere aos recursos humanos de saúde, ou seja, políticas gerais de recursos humanos ou políticas de outros sectores como educação, economia, entre outras, podem ter efeitos no desempenho dos RHS.

**Figura 1 Políticas Públicas e Força de Trabalho dos RHS**



No Sistema de Saúde Português existem alguns exemplos que podemos citar. Por exemplo, Biscaia *et al.* (2006) referem que a passagem a licenciatura da maioria dos profissionais de saúde não foi precedida de uma redefinição de tarefas, responsabilidades e autoridade, contribuindo para a existência de problemas de “*Skill mix*”. Um exemplo desses problemas de *skill mix* foi a alteração proposta pelo Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de Agosto, que atribuiu aos farmacêuticos a competência para administração de vacinas, não incluídas no Plano Nacional de Vacinação, que motivou um protesto da parte da Ordem dos Enfermeiros. Mais recentemente, temos o caso das alterações previstas no Orçamento de Estado que conduziram a que um elevado número de médicos de família pedisse a reforma antecipada, provocando um problema de

escassez destes profissionais, que não havia sido previsto. Também, no que se refere à aplicação da Directiva Europeia do tempo de trabalho (2003/88/EC), é referido que em Portugal os médicos trabalham mais tempo que o imposto na directiva (The Lancet, 2010), carecendo ainda de uma avaliação sobre os efeitos que a sua implementação terá em Portugal.

Estes exemplos pretendem realçar que uma avaliação de impacto, prévia à implementação destas medidas, poderia ter conduzido a uma maior eficácia na resolução desses efeitos. Neste sentido, considera-se que o desenvolvimento e a implementação da avaliação de impacto na força de trabalho dos RHS poderão ser úteis para um planeamento estratégico dos RHS.

## **2. Avaliação de Impacto**

### **2.1 Definição**

De uma forma simples, a avaliação de impacto (AI) pode ser definida como o processo através do qual são feitas previsões acerca dos possíveis efeitos de uma mudança em implementação ou a ser considerada (Miller e Hurley, 2003, Veerman *et al.*, 2007). Esta definição geral permite que a avaliação de impacto seja utilizada em diversas áreas. Num estudo realizado por Bond *et al.* (2004), foram identificadas referências a 38 tipos de avaliação de impacto no Reino Unido. Dentro de cada área existe um vasto leque de efeitos que podem ser previstos como resultado de uma mudança específica (Miller e Hurley, 2003).

Algumas dificuldades na definição do conceito de avaliação de impacto estão relacionadas com as diferentes expressões utilizadas com significados próximos, nomeadamente: “*Impact Assessment*”, “*Impact Evaluation*”, “*Appraisal*”, “*Ex-ante Evaluation*”. O conceito que serve de base a este trabalho é o de “*Impact assessment*” que tem como objectivo contribuir para o processo de tomada de decisão, por proporcionar a melhor evidência disponível sobre as potenciais consequências de um plano, programa, projecto, especialmente aquelas que não eram intencionais (Harris *et al.*, 2007). Harris-Roxas (s.d.) descreve a avaliação de impacto como uma análise desenvolvida com o objectivo de identificar potenciais efeitos antes da implementação

da intervenção. Esta proporciona uma oportunidade de melhorar ou alterar a política, programa ou projecto antes da sua implementação, poupando recursos e permitindo maximizar os efeitos positivos e minimizar os negativos.

A expressão “*Impact Evaluation*” diz respeito a uma análise retrospectiva e sumativa conduzida no final de uma intervenção. Pretende-se neste caso determinar que efeitos podem ser atribuídos a uma dada intervenção durante o período que se está a avaliar (Harris-Roxas, s.d., Leeuw e Vaessen, 2009). Neste caso, a avaliação de impacto é desenvolvida pós intervenção com um foco nos impactos que poderiam ser atribuídos à intervenção, sendo para isso, necessário comparar o que teria acontecido na ausência da intervenção com o que aconteceu com a sua implementação (Leeuw e Vaessen, 2009).

A avaliação ex-ante (“*Ex-ante Evaluation*”) pode ser descrita como o processo de reunir informação para auxiliar na definição de objectivos, assegurando que esses objectivos são exequíveis, que os instrumentos utilização são custo-efectivos e que uma avaliação ex-post será possível (European Commission, 2001). No entanto, na literatura revista, esta é muitas vezes utilizada como sinónimo de Avaliação de impacto (“*Impact assessment*”) (Kemmer, 2001, Leeuw e Vaessen, 2009).

Outro termo que pode ser utilizada como sinónimo da Avaliação de Impacto é “*Appraisal*”. Este é definido como o processo de definição dos objectivos, examinar as opções, pesar os custos, os benefícios (monetários e não monetários), riscos e incertezas, antes da tomada de decisão (Bristow *et al.*, 2009).

Apesar das semelhanças entre os conceitos apresentados, não existe um consenso nas definições podendo, por vezes, ser utilizadas expressões diferentes para traduzir o mesmo processo, ou a mesma expressão traduzir processos diferentes<sup>6</sup>.

Outra fonte de alguma confusão na utilização dos conceitos relacionados com a avaliação de impacto diz respeito à sua classificação. Alguns autores referem que a avaliação de impacto pode ser classificada em avaliação de impacto prospectiva (desenvolvida durante a elaboração ou revisão de uma política), avaliação de impacto retrospectiva (cujo cerne reside na avaliação das consequências esperadas ou não de uma política ou programa já implementados), avaliação de impacto “corrente” (avalia os

---

<sup>6</sup> Outro exemplo interessante é apresentado por Molund e Schill (2007) onde a avaliação de impacto (“*Impact Assessment*”) aparece definida como numa etapa da própria avaliação.

impactos à medida que determinada política, ou programa, é implementada) (Breeze e Lock, 2001). No que concerne a esta classificação, alguns autores consideram que, sendo a predição um aspecto essencial da avaliação de impacto, torna-se redundante designá-la de prospectiva (Kemmer, 2007, Morgan, 2003). Por outro lado, a avaliação de impacto retrospectiva, que consiste em observar os efeitos de decisões já implementadas, não é mais do que avaliação e a avaliação “corrente” é monitorização. Neste sentido, estes autores afirmam que esta classificação deve ser abandonada, no entanto, não há consenso sobre esta posição.

Assim, durante o desenvolvimento deste trabalho, o significado subjacente à expressão “Avaliação de Impacto” estará associada à definição apresentada de “*Impact assessment*”, cujo objectivo é prever as potenciais consequências da implementação de projectos, programas ou políticas e informar os decisores com base nessas previsões (Veerman *et al.*, 2007).

## 2.2 Evolução da avaliação de impacto

Conforme explicitado na definição apresentada, o objectivo da AI é tornar a evidência disponível aos decisores de forma a estes tomarem decisões bem fundamentadas. Esta contribuição ganha maior importância na actualidade, dado que estamos a viver aquilo que alguns autores designam de “momento da evidência” (Leeuw e Vaessen, 2009).

A área em que a AI tem sido mais utilizada é a Avaliação de Impacto ambiental, cuja utilização remonta a 1969, data em que foi tornada obrigatória nos E.U.A. para todos os projectos que envolvessem fundos do Estado (Benson, 2003). Desde então, a AI tem sido utilizada em outras áreas destacando-se a AI em saúde (WHO, 1999) e, mais recentemente, a AI em sistemas de saúde (European Commission, s.d.-a).

### 2.2.1 Na Comissão Europeia

Em 2002, a Comissão Europeia introduziu um sistema de avaliação de impacto com o objectivo de avaliar os potenciais efeitos nas áreas económica, social e ambiental de legislação ou propostas políticas novas (European Commission, s.d.-b). Neste sentido a Comissão estabeleceu um conjunto de linhas orientadoras que tem vindo a actualizar

com o objectivo de tornar esse processo mais transparente (European Commission, 2009).

Em 2006, foi criado o “*Impact Assessment Board*” que tem (entre outras funções) como objectivo garantir a qualidade e dar apoio a departamentos da Comissão que estão a desenvolver avaliações de impacto (European Commission, 2009). No início de cada ano, é conduzido (por um grupo constituído pelo secretário geral, membros do *Impact Assessment Board* e membros dos departamentos da comissão) um “*screening*” de todas as iniciativas, sendo decidido quais devem ser submetidas a uma avaliação de impacto (propostas legislativas com significativo impacto económico, social e ambiental; iniciativas não legislativas que podem definir políticas futuras; medidas a implementar que podem ter impactos significativos).

Para cada iniciativa é construído um cronograma (*Roadmap*) onde é incluído informação, sobre cada fase e bem como o tempo em que deve decorrer cada etapa da AI. Para cada AI é criado um grupo que irá ser responsável pela condução desta. Este deve ser composto por peritos de diversas áreas e departamentos permitindo melhor articulação entre estes. Este grupo será também responsável por analisar outras políticas que possam interagir com a iniciativa proposta analisando os seus impactos. A Comissão desenvolveu também um conjunto de ferramentas como por exemplo, inventários de indicadores de impacto social, económico e ambiental entre outros disponíveis online<sup>7</sup> que contribuem para a análise dos impactos dessas iniciativas. O resultado final do processo de AI deve ser um relatório contendo, entre outros, as opções políticas, a análise dos impactos, a comparação das opções e as medidas para monitorização e avaliação da implementação das medidas em análise. Assim, considera-se que a avaliação de impacto das políticas permite tomar decisões fundamentadas, assegurando coerência às políticas da Comissão e consistência com os seus objectivos (European Commission, 2009).

### 2.2.2 *Nos sistemas de saúde*

A avaliação de impacto em sistemas de saúde foi desenvolvida para integrar o sistema de avaliação de impacto da Comissão Europeia. O objectivo desta era examinar os impactos que uma proposta da comissão pode ter nas organizações. Estes, por sua vez,

---

<sup>7</sup> <http://iatools.jrc.ec.europa.eu/bin/view/IQTool/WebHome.html>

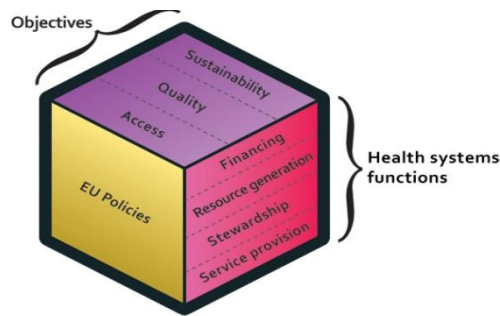
têm efeitos na forma como os cuidados de saúde estão organizados e distribuídos, conduzindo, por isso, a impactos no nível de saúde das populações (HLG/HSIA, 2004).

Apesar de estar conceptualizada e ser descrita a necessidade desta avaliação (prospectiva), não existia nenhum instrumento disponível para a sua realização até 2007. As avaliações de impacto nos sistemas de saúde, até então realizadas, apresentavam uma avaliação retrospectiva das políticas implementadas. Um exemplo foi o apresentado no Relatório Mundial de Saúde em 2000 (WHO, 2000), com o tema “*Health systems: improving performance*”, onde foi apresentada uma comparação da performance dos sistemas de saúde de 192 países, tendo por base o nível de saúde da população, distribuição das iniquidades de saúde, capacidade de resposta (*responsiveness*) do sistema de saúde (combinação da satisfação do doente com o quão bem o sistema actua), distribuição do quão bem as pessoas de diversos estratos económicos consideravam que eram servidas pelo sistema de saúde e, por último, a distribuição do suporte financeiro do sistema pela população (quem suporta os custos do sistema).

Em 2007 foi apresentado um instrumento (Figura 2) para a avaliação de impacto das políticas da União Europeia, o “*Health Systems Impact Cube*” (Albuquerque e Miguel, 2007, European Commission, s.d.-a). Esta ferramenta dá informação sobre os objectivos e funções do sistema de saúde nos quais a proposta pode ter impacto positivo ou negativo.

Um pressuposto deste modelo era de que os impactos nos sistemas de saúde não eram causados apenas pela política de saúde pública da UE, mas também pelas políticas que não são de saúde (Wismar e Ernst, 2006). Estas teriam um efeito indirecto por alterarem o contexto económico, social e ambiental em que os sistemas operam, provocando assim efeitos não esperados, como por exemplo as políticas relacionadas com a livre circulação de pessoas, entre outras. Daí a importância da avaliação destes impactos, recorrendo a uma ferramenta que iria avaliar os potenciais impactos das propostas em termos dos objectivos do sistema de saúde (Acesso, Qualidade, Sustentabilidade) e das funções do sistema de saúde (Financiamento, Criação de recursos, Administração (*Stewardship*), Provisão de serviços).

**Figura 2 Cubo de AI nos Sistemas de saúde**



Fonte: EUROPEAN COMMISSION. s.d.-a. Health Systems Impact Assessment [Online]. European Commission: DG Health and Consumer Protection. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/high\\_level/health\\_impact\\_assessment\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/high_level/health_impact_assessment_en.htm)

### 2.2.3 Avaliação de impacto em saúde

A avaliação de impacto em saúde é considerada, por alguns autores, como uma ferramenta universal de apoio à tomada de decisão aplicável a todos os níveis políticos e administrativos (Wismar *et al.*, 2007). A avaliação de impacto em saúde constitui uma combinação de procedimentos, métodos e ferramentas através dos quais uma política, programa ou projecto pode ser julgado de acordo com os seus potenciais efeitos na saúde de uma população e a distribuição desses efeitos na população (WHO, 1999).

A avaliação de impacto em saúde tem como principal objectivo suportar a tomada de decisão através da previsão das consequências da implementação das diferentes opções políticas (Wismar *et al.*, 2007). Segundo Quigley *et al.* (2006) a avaliação de impacto na saúde permite uma avaliação sistemática dos perigos e oportunidades associados ao desenvolvimento de um projecto ou política de saúde. O seu objectivo é identificar de que forma o desenvolvimento induz mudanças nos determinantes de saúde, bem como, evidenciar os resultados da aplicação de determinada política ou programa. Através da avaliação de impacto desenvolvem-se um conjunto de recomendações baseadas na evidência que contribuirão para o processo de tomada de decisão. Deste modo, as recomendações elaboradas têm que ser económica e tecnicamente exequíveis, bem como aceitáveis socialmente (Quigley *et al.*, 2006).

A sua natureza intersectorial e multidisciplinar, bem como a identificação das oportunidades, tendo por base as percepções das comunidades afectadas, são consideradas mais-valias da sua utilização (Bos, 2006). Neste sentido é assegurado que são tidos em conta os efeitos adversos que as medidas implementadas podem ter sobre grupos mais vulneráveis sendo providenciados instrumentos que permitem a elaboração de medidas para gestão do risco (Bos, 2006).

A avaliação de impacto em saúde, uma disciplina “nova” ainda em desenvolvimento, tem demonstrado servir de ajuda aos decisores na tomada de “decisões mais saudáveis” (Wismar *et al.*, 2007). Tem sido utilizada em países como Austrália, Nova Zelândia, Canadá, sudoeste da Ásia, alguns países da Europa e mais recentemente nos Estados Unidos da América. Nalguns destes, a avaliação de impacto em saúde é considerada obrigatória, como parte integrante da avaliação de impacto ambiental. Apesar disso, não existe um método uniformizado para a avaliação de impacto, estando esta dependente, por vezes, da vontade política e da capacidade técnica para execução de uma avaliação de impacto em saúde (Wismar *et al.*, 2007).

### 2.3 Etapas da avaliação de impacto

É unanimemente aceite que a avaliação de impacto comporta um conjunto de etapas começando pelo “*screening*”, “*scoping*”, análise do impacto, preparação do relatório com recomendações para mudanças ou ajustamentos das decisões ou políticas propostas, avaliação e monitorização (WHO, 1999, Parry e Stevens, 2001, Joffe e Mindell, 2005, *Quigley et al.*, 2006).

Assim, na primeira etapa, é estabelecida a relação entre o programa, projecto ou política e os seus efeitos. Pretende-se identificar se a política tem ou não potenciais impactos que devam ser analisados. Para facilitar foram desenvolvidas para algumas áreas, como é o caso da avaliação de impacto em saúde, ferramentas que ajudam a determinar a necessidade dessa avaliação (Department of Health, 2001, D.H., 2007).

Na segunda etapa, pretende-se determinar, em que população, através de que métodos, com que recursos, com a participação de quem, durante que período, deve decorrer a avaliação de impacto. Nesta etapa deve ser constituído o grupo que irá desenvolver a avaliação. Harris *et al.* (2007) referem que devem ser constituídos dois grupos, um que será responsável pela execução da avaliação (grupo de trabalho) e outro que terá como responsabilidade de supervisionar e providenciar orientações para o seu desenvolvimento (grupo consultivo).

Alguns autores defendem que nesta etapa deverá ser escolhida a abordagem que se irá utilizar, classificando-as em “rápida”, “intermédia” e “compreensiva”. A sua escolha deve estar relacionada com o nível e capacidade de recursos disponíveis, a

complexidade das propostas e a extensão dos seus potenciais impactos (Parry e Stevens, 2001, Harris *et al.*, 2007, Joffe e Mindell, 2005).

Deste modo, dependendo dos recursos disponíveis e da abordagem seleccionada, podem ser utilizados diversos métodos desde revisão bibliográfica, modelação, construção de cenários, consulta de stakeholders, grupos focais, entre outros, para determinar os potenciais impactos da política, programa ou projecto. São então elaboradas recomendações para maximizar os efeitos positivos e para minimizar os efeitos negativos. O relatório deve ser desenvolvido em tempo útil para poder influenciar o processo de tomada de decisão neste sentido, é desejável que os decisores estejam envolvidos no processo de avaliação de impacto, podendo, por exemplo, fazer parte do grupo consultivo ou das reuniões de stakeholders durante a colheita de dados (Joffe e Mindell, 2005).

A última etapa da avaliação de impacto é a monitorização dos seus resultados (ou pós avaliação). Esta pode ser uma avaliação de processo que será uma fonte de aprendizagem para futuras avaliações e tomadas de decisão. Mesmo havendo boa aceitação das recomendações, deve ser conduzida também uma monitorização da sua implementação, dado que podem existir factores como, por exemplo, falta de recursos ou mudança na direcção política, que condicionam a sua implementação. Por fim, deveria ser feita uma avaliação dos resultados previstos na avaliação de impacto, no entanto, esta apresenta algumas dificuldades como, por exemplo, a impossibilidade de determinar se, em caso das recomendações serem aceites, os efeitos previstos coincidem com os efeitos obtidos. Por outro lado, outros factores, que não políticos, podem contribuir para os efeitos obtidos, dificultando o processo de avaliação dos resultados da avaliação de impacto (Joffe e Mindell, 2005, Harris *et al.*, 2007).

Actualmente em Portugal, a legislação que estabelece o regime jurídico da avaliação do impacto ambiental dos projectos públicos e privados (Decreto- Lei n.º 69/2000) define 6 fases para a avaliação de impacto ambiental que são correspondentes às acima descritas (Agência Portuguesa do Ambiente, s.d.). Neste sentido, a etapa definida como “Seleção de Projectos” corresponde ao “*screening*”, a “Definição do Âmbito” corresponde ao “*scoping*”, “Estudo de Impacte Ambiental” corresponde à análise dos impactos, “Apreciação técnica do EIA” corresponde à avaliação do processo, a “Decisão” cujo objectivo é aprovar ou rejeitar o projecto e, em caso de aprovação,

estabelecer as condições da sua concretização. A decisão ambiental sobre a viabilidade do projecto é designada por Declaração de Impacto Ambiental (DIA) e tem carácter vinculativo. Esta pode ser favorável, condicionalmente favorável ou desfavorável e está dependente da forma como está legislada a implementação da avaliação de impacto, podendo ter um carácter mais de suporte da tomada de decisão ou ter um carácter mais preponderante. A última etapa descrita é a “Pós – Avaliação” que tem por objectivo a monitorização da implementação das medidas propostas. No decurso do projecto, podem ainda ser identificados outros efeitos que não foram previstos e para os quais devem ser desenvolvidas medidas.

## 2.4 A validade da Avaliação de Impacto

Dado que a característica fundamental da avaliação de impacto é a predição, uma das questões que se coloca frequentemente diz respeito à validade das predições obtidas. Sendo sobretudo uma actividade dedutiva, a avaliação de impacto serve-se de teorias gerais para aplicar a situações específicas. Neste sentido, a avaliação de impacto não tem como preocupação generalizar conhecimento, mas antes aceder aos efeitos de uma política específica, numa população específica num ambiente específico, utilizando uma teoria que resultou de um trabalho prévio (Veerman *et al.*, 2007). Deste modo, Veerman *et al.* (2007) consideram a avaliação de impacto algo semelhante às previsões obtidas através da meteorologia, em que a preocupação não é perceber se os modelos de previsão estão correctos, mas antes aconselhar sobre o tipo de roupa que iremos necessitar para o dia seguinte. Assim, os autores referem que a validade interna<sup>8</sup> não é aplicável directamente à avaliação de impacto, devendo, no entanto, esta ser baseada em teorias que resultem de investigação com validade interna. A validade externa<sup>9</sup> também não é, de acordo com estes autores, uma preocupação primária na avaliação de impacto dado que se pretende aplicar uma teoria geral a um caso específico. Deste modo, Veerman *et al.* (2007) consideram que na avaliação de impacto deve ter-se em consideração 3 tipos de validade: validade formal, validade facial ou plausibilidade e validade preditiva.

---

<sup>8</sup> Grau com que os resultados da investigação suportam ou refutam a relação causal entre a variável dependente e independente (Veerman *et al.*, 2007)

<sup>9</sup> Grau com que o conhecimento teórico resultante da investigação pode ser aplicado a outras populações (Veerman *et al.*, 2007).

A validade formal refere-se ao grau com que um argumento está ou não de acordo com as regras da lógica, para que se possa chegar a uma conclusão verdadeira, assumindo que as premissas de que parte são verdadeiras. Além disso, a validade formal preocupa-se com a correcção dos cálculos e outros aspectos metodológicos. Assim, no que concerne à avaliação de impacto, esta diz respeito à correcta aplicação dos métodos durante a investigação (Veerman *et al.*, 2007).

De acordo com Veerman *et al.* (2007) a validade facial ou plausibilidade diz respeito ao grau com que um observador considere o referencial teórico compreensível, aplicável e plausível. Assim, numa avaliação de impacto, a causalidade das relações estabelecidas tem que ser credível quer em termos qualitativos (provável mecanismo causa-efeito), quer em termos quantitativos (força das possíveis associações).

Por fim, a validade preditiva é o grau com que as predições são confirmadas pelos factos. Nos estudos de avaliação de impacto a validade preditiva é algo difícil de conseguir. Isto deve-se à distância que separa a mudança política e os seus efeitos correspondentes; à interferência de outros factores que podem contribuir para os efeitos considerados na avaliação de impacto; às dificuldades na medição; ao efeito que a própria avaliação de impacto terá, dado que se a avaliação de impacto for bem sucedida influenciando a decisão política, irá invalidar as suas próprias predições; e por fim é difícil ter um grupo de controlo. Assim, dadas estas dificuldades, a validade preditiva pode ser suportada através da comparação com os resultados obtidos noutras situações no passado (Veerman *et al.*, 2007).

## 2.5 Desafios da avaliação de impacto

A utilização da avaliação de impacto não é isenta de críticas. Algumas foram já sendo referidas e estão relacionadas sobretudo com uma má utilização da expressão “*impact assessment*”.

Alguns autores referem que a Avaliação de impacto é demasiado subjectiva, demasiado susceptível de ser influenciada pelos decisores políticos, pouco rigorosa para poder fornecer orientações robustas quanto à magnitude ou direcção dos impactos de uma política (Parry e Stevens, 2001). As razões que apontam para essa afirmação estão relacionadas com critérios pouco claros na selecção das políticas que serão submetidas a uma avaliação de impacto, bem como a utilização de técnicas que podem conduzir a

muitos viés na determinação dos impactos. Estes autores acrescentam que esses condicionamentos dificultam a avaliação se os efeitos previstos foram ou não obtidos.

Parry e Stevens (2001) referem ainda que as duas principais fontes de informação da avaliação de impacto – revisão da evidência disponível e consulta dos stakeholders envolvidos – podem condicionar os impactos determinados. No que se refere à revisão da evidência, os autores consideram que a inexistência de uma descrição explícita das estratégias utilizadas e dos critérios de qualidade adoptados para identificar a evidência a utilizar conduzem a viés importantes na estimativa dos efeitos. Neste sentido, a ausência de uma revisão sistemática está relacionada com o tempo e esforço necessário para a sua concretização, devendo por isso ser desenvolvidos métodos que permitam aumentar a robustez dos resultados obtidos.

No que se refere à consulta de stakeholders os autores apresentam quatro problemas principais. O primeiro relacionado com a ausência de uma descrição explícita dos métodos utilizados para aceder aos stakeholders envolvidos. O segundo está relacionado com o risco inerente ao recurso à opinião dos stakeholders para obter previsões sobre os efeitos de uma política. O terceiro problema está associado à alteração da percepção do risco pelas populações afectadas, neste sentido a avaliação de impacto pode por si só conduzir a efeitos imprevisíveis. Por último, as conclusões obtidas através da participação dos stakeholders podem ser entendidas como obrigatórias e não como suporte à tomada de decisão.

Benson (2003) refere a respeito da participação de stakeholders que este ainda é um aspecto pouco desenvolvido, sendo por vezes realizado após as recomendações terem sido já elaboradas. O mesmo autor refere que a Avaliação de impacto (neste artigo refere-se à avaliação de impacto ambiental) apresenta previsões fracas, não quantificadas e pouco precisas. E refere como exemplos os estudos conduzidos por Dipper *et al.* (1998) e Wood *et al.* (2000) onde, das 865 previsões obtidas em 28 avaliações, mais de 55% eram imprecisas, incertas, não quantificáveis ou não verificáveis.

No entanto, Andrew Brookes e Bram Miller, em resposta ao artigo de Benson (2003), referem que, nos últimos anos, se tem assistido a grandes avanços na Avaliação de impacto, dando um conjunto de exemplos que reflectem uma maior consciencialização

dos riscos inerentes à incerteza na tomada de decisão, e a sua inclusão nos relatórios de avaliação de impacto. Além disso, referem também que os reguladores têm-se tornado mais exigentes na monitorização da avaliação de impacto, nomeadamente no que se refere à implementação das medidas propostas e monitorização dos efeitos esperados. Deste modo, muitos destes problemas levantados, estão a ser progressivamente ultrapassados com o aumento do número de especialistas a desenvolverem trabalho nesta área, bem como com o aumento e desenvolvimento da legislação que regula a sua implementação.

### **3. Avaliação de Impacto dos Recursos Humanos**

#### **3.1 Pertinência dessa avaliação**

A necessidade de uma avaliação de impacto das políticas intersectoriais foi salientada por alguns autores (Van Lerberghe e Ferrinho, 2002, Van Lerberghe *et al.*, 2002). Estes enfatizaram a necessidade de os problemas relacionados com a gestão de recursos humanos de saúde serem incluídos na agenda política, tornando-os visíveis através de uma avaliação de impacto na fase inicial da formulação das políticas. No entanto, os RSH como parte da força de trabalho geral, não são só afectados por políticas dirigidas ao sector da saúde, mas também pelos problemas que afectam os restantes trabalhadores (Dubois *et al.*, 2006). No sector da saúde, esses problemas são amplificados pela elevada dependência que as organizações de saúde têm da disponibilidade de uma força de trabalho adequada e competente para o desempenho das suas tarefas (Dussault e Dubois, 2003). Neste sentido, Dussault e Dubois (2003) referem-se aos RSH como um capital estratégico, sendo o principal input que torna possível a realização das intervenções de saúde. Assim, a qualidade, eficiência, eficácia, acessibilidade e viabilidade dos serviços prestados, estão altamente dependentes dos seus trabalhadores. No entanto, os mesmos autores referem que, frequentemente, as acções desenvolvidas para minimizar os problemas associados aos recursos humanos, são reactivas, sem uma visão a longo prazo.

Deste modo Van Lerberghe e Ferrinho (2002), afirmam que a Avaliação de Impacto dos Recursos Humanos de Saúde poderia contribuir com um benefício triplo ajudando os

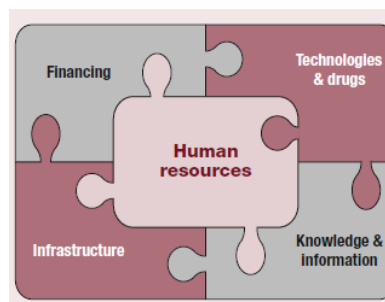
decisores a voltar a sua atenção para as consequências potenciais das suas decisões nos RHS, auxiliando a orientar decisões financeiras e organizacionais minimizando os potenciais efeitos negativos e promovendo dinâmicas para potenciar os efeitos positivos e por último ajudaria a preencher uma lacuna de informação actualmente existente sobre a interacção entre reformas políticas e os RHS. Apesar desta necessidade, não foram encontradas durante a pesquisa bibliográfica, referências a essa avaliação.

Assim, teve-se como ponto de partida os modelos de avaliação de impacto existentes para definir as etapas que devem estar presentes na avaliação de impacto nos RHS: “*screening*” (onde devem ser seleccionadas as políticas que podem ter potencial impacto nos RHS), “*Scoping*” (onde são seleccionados os recursos – humanos e técnicos - a utilizar na avaliação de impacto, estabelecendo os seus limites em termos e tempo e orçamento disponível), análise do impacto (avaliando os seus potenciais efeitos positivos e negativos), preparação do relatório com recomendações para mudanças ou ajustamentos da decisão ou política proposta (medidas para maximizar os efeitos positivos e para minimizar os efeitos negativos), avaliação e monitorização (ou pós avaliação).

### 3.2 Modelos de RHS

A necessidade de uma atenção mais acentuada nos recursos humanos de saúde é considerada uma condição *sine qua non* para o sucesso dos sistemas de saúde (Dussault e Dubois, 2003). Alguns autores comparam os RHS à cola (Figura 3) que permite sincronizar e gerir todos os outros recursos - financeiros, tecnológicos, informação e infraestrutura (Joint Learning Initiative, 2004).

**Figura 3 Recursos Humanos de saúde a cola dos Sistemas de Saúde**

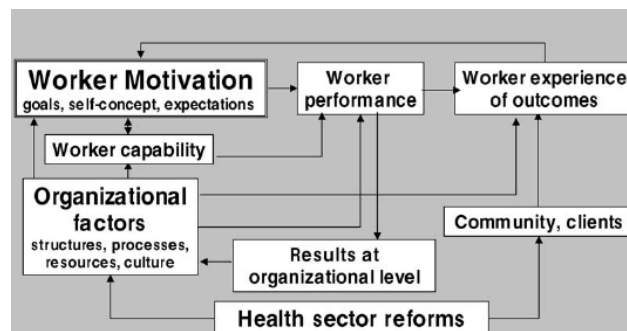


Fonte: JOINT LEARNING INITIATIVE 2004. *Human Resources for Health: Overcoming the crisis*, Cambridge (MA): Harvard University Press.

Assim, o desenvolvimento de modelos conceptuais que permitam compreender as dinâmicas da força de trabalho será útil para aceder aos potenciais impactos de políticas intersectoriais nos RHS, permitindo definir estratégias para ultrapassar os desafios que se colocam à força de trabalho dos RHS.

Franco *et al.* (2002) propõem um modelo baseado nos factores relacionados com a motivação dos RHS. Estes autores defendem que a performance dos sistemas de saúde está altamente dependente da motivação dos seus trabalhadores. Neste sentido, a qualidade, eficiência, e equidade dos serviços são directamente mediadas pela vontade com que os trabalhadores desempenham as suas tarefas. No entanto, mesmo em ambientes estáveis, aquilo que motiva os trabalhadores de saúde varia ao longo tempo. Daí que as reformas políticas, por alterarem prioridades, leis, regulamentos, financiamento e estrutura organizacional, podem ter uma influência importante na performance dos seus trabalhadores (Franco *et al.*, 2002). Por outro lado, os próprios trabalhadores podem também ser resistentes à implementação das reformas contribuindo para o seu insucesso.

**Figura 4 Factores que contribuem para o processo de motivação individual**



Fonte: FRANCO, L., BENNETT, S. & KANFER, R. 2002. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54, 1255-1266

Este modelo conceptual permite compreender o complexo quadro associado à motivação dos trabalhadores por tornar visíveis os diferentes canais através dos quais a motivação dos trabalhadores de saúde pode ser afectada, sendo as reformas políticas apenas um desses factores (Figura 4).

O modelo apresentado por Franco *et al.* (2002) foca a sua atenção na motivação dos trabalhadores. Outros modelos focam a sua atenção nas principais funções dos sistemas de saúde. Um exemplo é dado por Diallo *et al.* (2003), que construíram um modelo para avaliar a performance dos sistemas de saúde, com o objectivo de providenciar evidência para suporte à tomada de decisão. O modelo proposto é baseado em duas (prestação de serviços e geração de recursos) das quatro funções principais dos sistemas de saúde: financiamento, gestão, prestação de serviços e geração de recursos. Com base nessas duas dimensões, foram definidos um conjunto de indicadores<sup>10</sup> que permitiriam monitorizar e avaliar o stock de RHS.

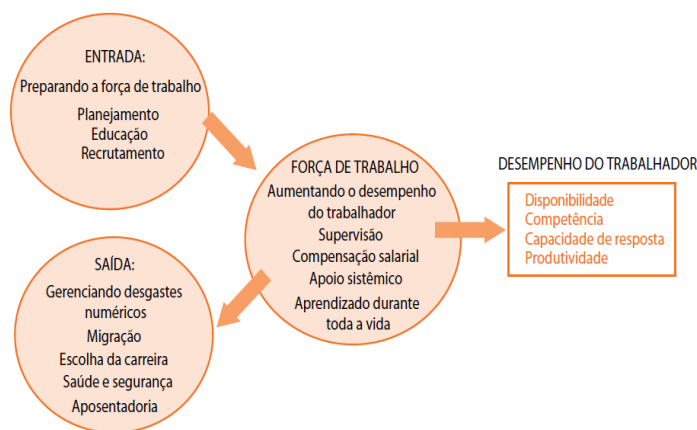
Em 2006, foi proposto um modelo no Relatório Mundial de Saúde, baseado nas “estratégias para a vida útil” (Figura 5). Esta abordagem foca as estratégias relacionadas com a fase em que as pessoas entram na força de trabalho, o período da vida em que são

<sup>10</sup> Estes foram categorizados em Nível de Realização, Distribuição (equidade), Eficiência (produtividade).

parte da força de trabalho e o ponto em que saem da força de trabalho (W.H.O., 2006). Este modelo implica a tomada de decisão sobre o planeamento dos RHS em momentos chave:

**Figura 5 "Estratégias para a vida útil"**

- Entrada: preparação da força de trabalho através de investimentos estratégicos na educação e práticas de recrutamento efectivas e éticas.



Fonte: O.M.S. 2007. Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos pela saúde, Brasília, Organização Mundial de Saúde

- Força de trabalho: desenvolvimento da performance da força de trabalho através de melhor gestão dos trabalhadores tanto no sector público como privado.
- Saída: gestão da migração e “desgaste” numérico com o objectivo de reduzir a perda e desperdício de RHS.

O modelo “Estratégias para a vida útil” tem sido usado por alguns autores com, o por exemplo, Chopra *et al.* (2008) que, numa revisão sistemática sobre a efectividade de políticas de RHS, o utilizaram para caracterizar os efeitos dessas políticas na força de trabalho dos RHS. Também Mclean e Savage (2009) recorrem a este modelo num relatório onde exploram as mudanças na força de trabalho que podem ser necessárias se forem implementados diferentes modelos de acesso e distribuição de serviços de saúde, como resposta à mudança e complexidade das necessidades de saúde das pessoas com VIH. Bossert *et al.* (2007) utilizaram este modelo, como base, para a construção de uma ferramenta para caracterização da situação de RHS de um país e Dieleman e Harnmeijer (2006) recorreram a este modelo para descrever iniciativas/políticas que tenham tido efeitos na retenção, produtividade, competência e capacidade de resposta dos RHS.

Assim, tendo por base as experiências dos autores referidos, consideramos que este modelo poderá também ser útil para a Avaliação de Impacto em RHS.

#### **4. A Declaração de Bolonha**

A Declaração de Bolonha é uma política de educação, que, não estando direccionado exclusivamente para o sector da saúde pode ter alguns efeitos importantes na força de trabalho dos RHS, nomeadamente nos enfermeiros.

Davies (2008) afirma que, se concretizado, o processo de Bolonha irá conduzir a uma unificação profissional e do ensino superior contribuindo também para facilitar a migração de enfermeiros dentro da comunidade Europeia. Esta opinião é corroborada por Spitzer e Perrenoud (2007) que consideram que a implementação do processo de Bolonha constituirá uma oportunidade de harmonizar os programas de educação em Enfermagem na Europa. Esta não é, porém, tarefa fácil, dado a grande diversidade dos programas de formação na Europa, desde ensino politécnico, universitário, escolas profissionais, ou uma combinação entre essas estruturas de ensino (Zabalegui *et al.*, 2006).

Além do desafio que constitui essa harmonização, outros se colocam. Um exemplo é dado por Shawa (2008) que comenta que, enquanto o processo de Bolonha terá um efeito positivo na Europa, por trazer oportunidades únicas em termos de mobilidade de estudantes, graus académicos orientados para o mercado de trabalho e melhores condições de trabalho, os países africanos serão negativamente afectados. Este efeito deve-se aos problemas existentes no estabelecimento de medidas de qualidade, dada a escassez de recursos existentes. Assim, as oportunidades de aprendizagem e condições de trabalho contribuirão para exacerbar a saída de estudantes e profissionais para os países europeus (Shawa, 2008). Essa questão é válida também para alguns países europeus. Betlehem *et al.* (2009) referem que a implementação do processo de Bolonha trouxe novos desafios ao ensino superior na Hungria, existindo actualmente uma grande competição pelos estudantes para garantir a sustentabilidade económica das instituições. Por outro lado, como as universidades tiveram um curto período de tempo para fazer as necessárias adaptações, a formação nas áreas da saúde foi submetida a uma transição maioritariamente na estrutura dos programas e menor nos conteúdos, sendo os programas de primeiro ciclo idênticos aos programas anteriores de ensino vocacional (Betlehem *et al.*, 2009). Os autores concluem referindo que, apesar das alterações introduzidas pelo processo de Bolonha, este ainda não conseguiu tornar a profissão de enfermagem na Hungria, mais atractiva. Por outro lado, em alguns países (como é

exemplo algumas regiões na Suíça), a transição proposta pelo processo de Bolonha é vista como sendo muito dispendiosa e desnecessária (Davies, 2008, Spitzer e Perrenoud, 2007).

Apesar dos exemplos referidos, Davies (2008) comenta que o processo de Bolonha tem recebido pouca atenção da parte dos enfermeiros, havendo pouco conhecimento sobre as implicações que este terá na sua profissão. Spitzer e Perrenoud (2006) referem também que existem poucos trabalhos publicados sobre os efeitos de Bolonha na Enfermagem, sendo Portugal um dos países descritos como não tendo publicações científicas relevantes sobre este assunto. Acresce, a isso, a falta de dados empíricos sobre os processos e resultados das reformas no ensino da enfermagem. Assim, qualquer tentativa de compreender os processos de reforma no ensino da enfermagem tem viés relacionados com o facto de a maior parte dos artigos publicados conter opiniões e descrições gerais, ao invés de dados empíricos. Acresce a isso o “*gap*” existente entre o material publicado e o que está de facto a acontecer (Spitzer e Perrenoud, 2006).

#### 4.1 Descrição do Processo de Bolonha

O Processo de Bolonha teve a sua génese na Declaração de Sorbonne, assinada em Maio de 1998 pela França, Alemanha, Itália e Reino Unido. A declaração de Sorbonne pretendia melhorar a transparência internacional dos cursos e reconhecimento de qualificações, facilitar a mobilidade dos estudantes e professores, desenhar um sistema comum de níveis de graduação (Eurydice, 2009).

A Declaração de Bolonha que iria originar o Processo de Bolonha foi inspirada na Declaração de Sorbonne e foi assinada em 1999 pelos ministros responsáveis pelo ensino superior de 29 países. Esta define um conjunto de etapas e de passos a dar pelos sistemas de ensino superior europeus, no sentido de construir, até ao final da presente década, um espaço europeu de ensino superior globalmente harmonizado (DGES, 2008). A implementação do processo de Bolonha tem vindo a alargar-se, sendo actualmente 46<sup>11</sup> os países signatários.

---

<sup>11</sup> Albânia, Alemanha, Andorra, antiga República jugoslava da Macedónia, Arménia, Áustria, Azerbaijão, Bélgica, Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Federação da Rússia, Finlândia, França, Geórgia, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Letónia, Listenstaine, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Moldávia, Montenegro, Noruega, Países Baixos, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Roménia, Santa Sé, Sérvia, Suécia, Suíça, Turquia e Ucrânia

## Quadro 1 Cronograma do Processo de Bolonha

Mobilidade de professores e estudantes	Mobilidade de investigadores, professores e administrativos	Dimensão social da mobilidade	Portabilidade de empréstimos Melhoria dos dados sobre mobilidade	Atenção a vistos e autorizações de trabalho	Desafios relacionados com os vistos e autorizações para trabalhar Quadro nacional de qualificações em 2010	Meta de 20% de mobilidade de estudantes em 2020 Quadro nacional de qualificações em 2012
Sistema comum de dois ciclos	Graus académicos facilmente comparáveis	Reconhecimento de diplomas conjuntos	Inclusão do nível doutoramento como 3º ciclo Reconhecimento dos graus e períodos de estudos Diplomas conjuntos	Quadro de qualificações para o espaço europeu de ensino superior		
		Dimensão social	Igual acesso	Reforço da dimensão social	Compromisso em produzir planos nacionais de acção para monitorização efectiva Trabalhar no sentido de um entendimento comum sobre o papel do ensino superior na aprendizagem ao longo da vida Parcerias para melhorar a empregabilidade	Medição dos objectivos nacionais para a dimensão social em 2020 Aprendizagem ao longo da vida como uma responsabilidade pública que exige parcerias fortes Trabalhos sobre empregabilidade
		Aprendizagem ao longo da vida	Alinhamento das políticas nacionais de aprendizagem ao longo da vida Reconhecimento de aprendizagens anteriores	Programas de aprendizagem flexíveis		
Uso de Créditos	Sistema de créditos (ECTS)	ECTS e Suplemento ao Diploma	ECTS e acumulação de créditos		Necessidade de utilização coerente dos instrumentos e práticas de reconhecimento	Continuação da implementação das ferramentas de Bolonha
Europa do conhecimento	Cooperação europeia na garantia da qualidade	Cooperação entre garantia de qualidade e reconhecimento profissional	Garantia da qualidade a nível institucional, nacional e Europeu	Adopção de orientações e critérios para garantia de qualidade	Criação do Registo Europeu da Garantia de Qualidade (EQAR)	Qualidade como foco primordial para o Espaço Europeu do Ensino Superior Reforçar o diálogo político global através da política de Bolonha
	Dimensão europeia no ensino superior	Atractividade do Espaço Europeu do Ensino Superior	Ligação entre ensino superior e as áreas de investigação	Cooperação internacional com base em valores e no desenvolvimento sustentado	Adopção de uma estratégia para melhorar a dimensão global do processo de Bolonha	
1998 Declaração de Sorbonne	1999 Declaração de Bolonha	2001 Comunicado de Praga	2003 Comunicado de Berlim	2005 Comunicado de Bergen	2007 Comunicado de Londres	2009 Conferência de Lovaina e Lovaina-a-Nova

Fonte: EURYDICE. 2010. Focus on Higher Education in Europe 2010: The Impact of the Bologna Process. Available: [http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic\\_reports/122EN.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/122EN.pdf)

No seu âmago, a intenção da Declaração de Bolonha é que, embora sejam ressaltadas as especificidades e identidades nacionais, um estudante de qualquer estabelecimento de ensino superior europeu tenha a possibilidade de iniciar a sua formação académica, continuar os seus estudos, concluir a sua formação superior e obter um diploma europeu

que seja reconhecido em qualquer universidade de qualquer Estado-membro. Para que tal aconteça, é necessário que as diversas instituições de ensino superior passem a funcionar de modo integrado, num espaço aberto, antecipadamente delineado e regido por mecanismos de formação e reconhecimento de graus académicos homogeneizados à partida. Desde 1998, tem sido realizadas várias reuniões ministeriais com o objectivo de desenvolver e implementar o processo de Bolonha (Quadro 1).

As principais reformas implementadas pelo processo de Bolonha foram (Bologna Secretariat, s.d.):

- Sistema de graus académicos facilmente legível e comparável – 3 ciclos: De acordo com o Quadro de Qualificações para o Espaço Europeu de Ensino Superior adoptado em 2005, o primeiro ciclo teria uma duração entre 180 e 240 ECTS<sup>12</sup> (com um mínimo de 3 anos) e o segundo ciclo entre 60 a 120 ECTS. O 3º ciclo – doutoramento – foi introduzido em 2003, onde os ministros concordaram que o cerne do programa de doutoramento seria investigação; que os programas deveriam promover ensino interdisciplinar e desenvolvimento de competências transferíveis de forma a preencher as necessidades de um mercado de trabalho mais amplo; que os participantes nos programas de doutoramento seriam considerados estudantes e investigadores; que os candidatos deveriam ser encorajados a desenvolver a sua investigação dentro do espaço europeu de ensino superior.
- Diplomas conjuntos: O Processo de Bolonha abriu o caminho para o desenvolvimento de um maior número de programas transfronteiriços e de graduação conjunta, cada vez mais, inovadores e cooperativos. Estes programas são desenvolvidos ou aprovados conjuntamente por várias Instituições; permitem que os alunos passem períodos significativos de tempo em instituições parceiras; períodos de estudo e exames passados na instituição parceira (s) que são reconhecidos, automática e plenamente, por todas as instituições envolvidas; promovem a mobilidade de professores das instituições participantes; os estudantes destes programas obtêm um grau que é atribuído pelas instituições participantes e reconhecido em todos os países.

---

<sup>12</sup> European Credit Transfer System (Sistema europeu de transferência de créditos)

- **Mobilidade:** um dos objectivos principais da criação de um espaço europeu de ensino superior é facilitar a mobilidade. Neste sentido têm sido desenvolvidos esforços a fim de ultrapassar algumas dificuldades relacionadas com vistos, autorizações de trabalho, bem como incentivos financeiros.
- **Reconhecimento de qualificações:** o objectivo do reconhecimento de qualificações é tornar possível que os estudantes usem as suas qualificações noutra sistema de educação ou outro país sem perder as qualificações já obtidas. Para facilitar esse reconhecimento, foram desenvolvidas 2 ferramentas: ECTS e o Suplemento ao Diploma. Os ECTS estabelecem a relação entre a carga de trabalho média de um programa com os resultados da aprendizagem e competências a serem alcançadas. O Suplemento ao Diploma descreve a qualificação profissional de uma forma facilmente compreensível, relacionando-o com o quadro global para as qualificações e com o sistema de ensino superior em que foi obtido.
- **Garantia de qualidade:** Refere-se a todas as políticas, processos em curso desenhados para assegurar que instituições, programas e qualificações correspondam a padrões específicos de educação, bolsas de estudo e infra-estrutura. Em 2005, no Comunicado de Berlim, salientou-se a necessidade de apoiar medidas de certificação de qualidade a nível institucional, nacional e europeu, sendo imprescindível desenvolver critérios e metodologias comuns de certificação. Assim, a Associação de Universidades Europeias (AUE) propôs a criação de um comité de Qualidade de Ensino Superior para Europa, independente, que deveria respeitar a responsabilidade das instituições, relativamente à qualidade e demonstrar receptividade face às preocupações públicas. Neste contexto a acreditação externa é uma opção, mas não necessariamente a única nem a principal (DGES, 2008).
- **Dimensão social e igualdade de oportunidades:** o espaço europeu de ensino superior deve providenciar aos alunos iguais oportunidades, promovendo coesão social e maximizando o potencial dos indivíduos, em termos de desenvolvimento pessoal e contribuição para uma sociedade sustentável e democrática, baseada no conhecimento.
- **Empregabilidade:** é definida como a capacidade de obter um emprego, mantê-lo e ser capaz de mover-se dentro do mercado de trabalho. A empregabilidade foi, desde

o início, um dos principais objectivos do processo de Bolonha e, neste sentido, cada ciclo deveria ter uma importância específica para o mercado de trabalho.

- Aprendizagem ao longo da vida: foi integrada como elemento essencial para o espaço europeu de ensino superior em 2001. Esta tem, como objectivos desenvolver o reconhecimento de aprendizagens anteriores, incluindo aprendizagem formal e informal; criar formas de implementação mais flexíveis e centradas no estudante; desenvolver programas de aprendizagem flexíveis, permitindo, por exemplo, a alternância entre trabalho e estudo; alargamento do acesso ao ensino superior.
- Espaço Europeu de Ensino Superior no contexto global: o desenvolvimento do Espaço Europeu de Superior tem criado um aumento do interesse em outras partes do mundo. Este tem como prioridades: melhorar a informação sobre o Espaço Europeu do Ensino Superior; promovê-lo no sentido de melhorar a sua capacidade de atracção e competitividade à escala mundial; intensificar o diálogo político; reforçar a cooperação baseada em parcerias; e promover o reconhecimento das qualificações.

#### 4.2 O processo de Bolonha em Portugal

Em Portugal, o ensino superior, antes da implementação do Processo de Bolonha assentava em quatro graus distintos (bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento) que, ainda que compreensíveis no âmbito da tradição académica nacional, não encontram correlatos evidentes noutros sistemas de ensino europeus (sobretudo o bacharelato e o mestrado). Por isso, a Declaração de Bolonha veio obrigar a uma reflexão sobre estas matérias no nosso país.

Em 1986, o parlamento Português estabeleceu a Lei de bases do Sistema Educativo Português (LBSE) que definiu o tipo e duração dos cursos de ensino superior bem como as instituições que os poderiam leccionar (Veiga e Amaral, 2009). Para implementar o Processo de Bolonha, era necessário alterar essa lei, processo que foi dificultado pelo número de anos de governo sem maioria parlamentar. Neste sentido, foram desenvolvidas discussões sobre a natureza das instituições que poderiam conferir graus académicos pós graduados, havendo da parte das instituições politécnicas uma forte pressão para se tornarem mais semelhantes ao ensino Universitário.

Em 2005, foram introduzidas alterações na Lei de bases do Sistema Educativo Português (através da lei 49/2005) de forma a permitir mudanças para implementação do Processo de Bolonha. Assim, em 2006, foi aprovado o decreto-lei 74/2006 que abriu as portas para a criação de uma nova estrutura de graus fundamentados no processo de Bolonha (Figura 6), adaptando os descritores gerais de Bolonha para cada grau académico, baseados nas competências e resultados de aprendizagem e no sistema de créditos para os primeiros dois ciclos (DGES, 2007). Este decreto-lei aprovou também as regras para os diplomas conjuntos, reconhecimento de aprendizagens anteriores, incluindo aprendizagem formal e informal, acesso ao ensino superior dos alunos não tradicionais (maiores de 23 anos) tendo criado, igualmente, as condições para a intervenção das instituições de ensino superior na formação pós-secundária, em termos de formação profissionalizante (CETs<sup>13</sup>).

Durante este percurso foram sendo produzidas várias alterações legislativas como por exemplo (DGES, 2009):

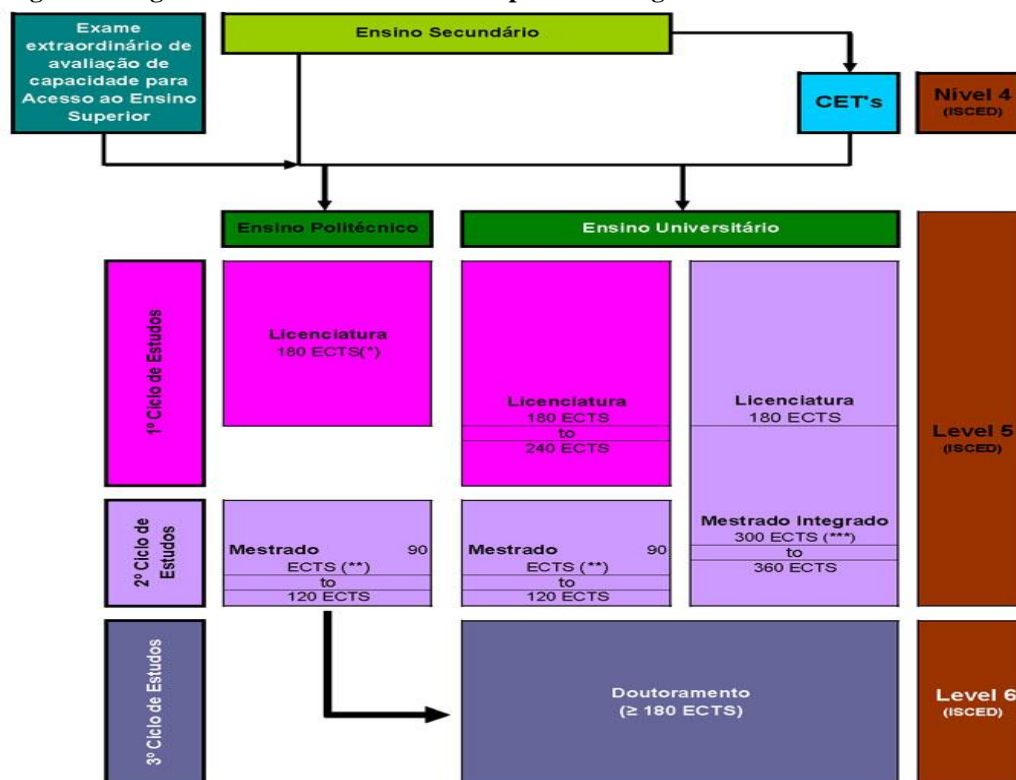
- Portaria 401/2007 de 5 de Abril: reingresso, mudança de curso e transferência no âmbito do ensino superior português.
- Lei 38/2007 de 16 de Agosto: aprova o regime jurídico da avaliação do ensino superior.
- Lei 62/2007 de 10 de Setembro: estabelece o regime jurídico das instituições de ensino superior, regulando designadamente a sua constituição, atribuições e organização, o funcionamento e competência dos seus órgãos e, ainda, a tutela e fiscalização pública do Estado sobre as mesmas, no quadro da sua autonomia.
- Decreto-lei 239/2007 de 19 de Junho: aprova o regime jurídico do título académico de professor agregado.
- Decreto-lei 341/2007 de 12 de Outubro: aprova o regime jurídico do reconhecimento de graus académicos superiores estrangeiros.

---

<sup>13</sup> Os CET são cursos de curta duração, compreendendo entre 60 e 90 ECTS, que têm como objectivo a qualificação de jovens e de adultos, incluindo a requalificação de activos. Estes cursos têm como orientação principal a integração de diplomados no mercado de trabalho, com particular interesse nas economias regionais, permitindo, por outro lado, a esses diplomados o prosseguimento de estudos no ensino superior, com creditação de competências adquiridas.

- Decreto-lei 369/2007 de 5 de Novembro cria a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e aprova os respectivos estatutos
- Portaria 30/2008 de 10 de Janeiro regula o suplemento ao diploma a que se refere o Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro (espaço europeu de ensino superior)
- Decreto-lei 107/2008 de 25 Junho: promove o aprofundamento do Processo de Bolonha no ensino superior, assim como uma maior simplificação e desburocratização de procedimentos, no âmbito da autorização de funcionamento de cursos, introduzindo medidas que garantem maior flexibilidade no acesso à formação superior, criando o regime legal de estudante a tempo parcial, permitindo a frequência de disciplinas avulsas por estudantes e não estudantes, apoiando os diplomados estagiários e simplificando o processo de comprovação da titularidade dos graus e diplomas.

Figura 6 Diagrama do Sistema de Ensino Superior Português



(\*) Exceptuam-se os casos em que seja indispensável, para o acesso ao exercício de determinada actividade profissional, uma formação compreendida entre 210 e 240 ECTS.

(\*\*) Excepcionalmente, e sem prejuízo de ser assegurada a satisfação de todos os requisitos relacionados com a caracterização dos objectivos do grau e das suas condições de obtenção, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre numa especialidade pode ter 60 créditos em consequência de uma prática estável e consolidada internacionalmente nessa especialidade.

(\*\*\*) O grau de mestre pode igualmente ser conferido após um ciclo de estudos integrado, nos casos em que, para o acesso ao exercício de uma determinada actividade profissional, essa duração: a) seja fixada por normas legais da União Europeia e; b) resulte de uma prática estável e consolidada na União Europeia. Nestes casos, o grau de licenciado é atribuído aos alunos que tenham realizado 180 ECTS (3 anos, 6 semestres).

Fonte: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Reconhecimento/NARICENIC/Ensino+Superior/Diagrama>

De acordo com Veiga e Amaral (2009), a implementação de Bolonha em Portugal foi conseguido em nome apenas. São observados ainda inconsistências, tais como falhas nos rácios entre nº estudantes/ professores, atribuição de créditos superficial, dificuldades na organização curricular. Por outro lado, tem sido dada pouca atenção a alguns objectivos de Bolonha como empregabilidade e mobilidade. De salientar ainda que de acordo com estes autores, existe a percepção de que os professores necessitam ainda de um treino significativo para melhorar as suas competências pedagógicas, de forma a promover a mudança de paradigma.

A implementação do Processo de Bolonha não é um processo pacífico. Um exemplo é a petição apresentada à Assembleia da República, em 16 de Julho de 2009, denominada “Desigualdades do Tratado de Bolonha”<sup>14</sup>. Nesta, é salientado que o Processo de Bolonha, apesar de trazer uma série de vantagens, teve como consequência uma desvalorização dos antigos licenciados e mestres. Os autores da petição acrescentam que não existe uma clarificação da diferença entre os graus académicos pré e pós Bolonha e até que ponto estes são equivalentes. Esta questão torna-se mais relevante no acesso ao mercado de trabalho, existindo uma situação de desigualdade que não está esclarecida. Mais exemplos poderiam ser dados mas esse não é o objectivo do presente estudo.

#### 4.3 A implementação do Processo de Bolonha na Enfermagem em Portugal

A implementação do processo de Bolonha passou pela criação de um “Grupo de Coordenadores para a implementação do Processo de Bolonha”. Este tinha, como missão, estudar e dar parecer à Ministra da Ciência e do Ensino Superior (MCTES)<sup>15</sup>, relativamente às estruturas de formação para cada área do conhecimento, a nível do

---

<sup>14</sup>Num e-mail enviado aos autores da petição questionando qual foi o resultado desta petição foi respondido: “Esta petição foi apresentada na Assembleia, antes do governo encerrar as suas funções (antes das eleições, no penúltimo dia antes do encerramento dos trabalhos). Na sessão vários partidos apoiaram a causa e o governo indicou que a questão das equivalências/bolsas está na mão das reitorias e que o estado apenas pode intervir no emprego público (na "equiparação" e não na "equivalência") Mas resultados efectivamente, foram nulos!”. Detalhes deste processo em: <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetallePeticao.aspx?BID=11929>

<sup>15</sup> O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES) é o departamento governativo de Portugal responsável pela Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Tem origem no Ministério da Ciência e Tecnologia, criado em 1995. Em 2002, passou a tutelar o ensino superior - até aí tutelado pelo Ministério da Educação - passando a designar-se "Ministério da Ciência e Ensino Superior". Depois disso, apesar ter mantido as mesmas competências, mudou várias vezes de designação - acompanhando as mudanças de titulares - passando a "Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior" em 2004 e "Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior" em 2005.

primeiro e segundo ciclos e quanto ao interesse de criação de cursos de especialização complementares desses dois ciclos formais de formação.

Neste sentido, o MCTES nomeou um grupo de 23 Coordenadores por áreas de conhecimento, encarregados de elaborar os pareceres relativos a cada uma das áreas. Cada um dos Coordenadores desenvolveu um trabalho, em rede, com instituições de Ensino Superior, Associações, Ordens Profissionais e definiu, na sua Área, os dois ciclos de formação superior, os perfis e as orientações, de acordo com os objectivos académicos e em ligação directa com o mercado de trabalho.

Pretendia-se uma análise de estruturas de cursos vs perfis e competências, visando servir da melhor forma os interesses da Sociedade, em matéria de formação superior, no actual estado de desenvolvimento científico, técnico e cultural.

Para a enfermagem, foi nomeada a Professora Luísa d’Espiney (Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa). Assim, em 2004, foi elaborado o parecer “Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional - Grupos por Área de Conhecimento: ENFERMAGEM”.

Neste documento, é desenvolvida uma proposta de como o ensino da Enfermagem se deveria organizar com a implementação do processo de Bolonha, sendo desenvolvida uma reflexão sobre Estrutura e duração de ciclos de formação bem como Currículo Nacional Mínimo para cada ciclo de formação e para cada área científica e em função das competências a adquirir.

Sistematizando, foi proposto que *“o primeiro ciclo de formação tenha uma duração de 8 semestres ou 240 ECTS com vista ao desenvolvimento de competências transversais e profissionais essenciais a uma prestação de cuidados de qualidade. Considera-se que no final deste primeiro ciclo o estudante fica apto a iniciar o exercício autónomo da profissão... ..Relativamente ao segundo ciclo os docentes reafirmaram na sua maioria a necessidade de este ter uma duração de quatro semestres (120 ECTS), de modo a permitir um investimento no desenvolvimento da reflexão sobre as práticas profissionais que se considerou como o grande motor do desenvolvimento futuro da profissão. Neste ciclo o estudante deveria também, para além de aprofundar uma área do conhecimento, desenvolver competências de investigação fundamentais à consolidação da disciplina e essenciais à melhoria da qualidade dos cuidados a prestar*

à população. O terceiro ciclo possibilita a consolidação e o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, que entendemos ser essencial à melhoria da prestação de cuidados às comunidades” (d’Espiney *et al.*, 2004).

Apesar de este documento representar um consenso entre docentes de enfermagem, Ordem dos Enfermeiros e a Federação Nacional dos Estudantes de Enfermagem, têm sido emitidos vários pareceres quer pela Ordem do Enfermeiros quer por outros actores, manifestando discordância com esta estrutura.

A estrutura geral, para adaptação dos cursos ao Processo de Bolonha, considera que, para o primeiro ciclo, deve corresponder por norma a 180 créditos, ou seja, 3 anos curriculares (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março). Esta estrutura vai ao encontro do definido pela directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, onde é definido que os enfermeiros responsáveis por cuidados de saúde gerais devem ter uma formação mínima de 3 anos ou 4600 horas de formação (PARLAMENTO EUROPEU e CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, 2005). No entanto, conforme é afirmado no parecer emitido por d’Espiney *et al.* (2004), a duração do 1º ciclo deve preparar os profissionais para o exercício autónomo da profissão o que não seria viável se se reduzir o primeiro ciclo de formação para três anos dado a exigência do perfil definido pela Ordem dos Enfermeiros. Neste sentido, conforme exposto no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, algumas profissões podem exigir uma formação mais longa<sup>16</sup>, estando a Enfermagem incluída nessas profissões. Deste modo, as escolas de enfermagem adoptaram, para o primeiro ciclo de formação, uma duração de 4 anos correspondente a 240 ECTS (O.E., 2008).

Apesar deste avanço no que se refere à adaptação dos cursos de Enfermagem ao Processo de Bolonha, não estão ainda definidos padrões para o ensino inicial (O.E., 2008). No entanto, a Ordem dos Enfermeiros em 2003 definiu o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo que a formação destes deve estar orientada para o cumprimento desse perfil (O.E., 2003). Apesar disso, a Ordem reitera que a existência de *standards* da formação inicial permitiriam identificar os componentes essenciais, críticos e, adicionalmente, uma progressão futura para um nível mais alto da educação

---

<sup>16</sup> Estão incluídos médicos, os enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, os médicos dentistas, os médicos veterinários, os enfermeiros especializados em saúde materna e obstetrícia, os farmacêuticos e os arquitectos.

atingível (O.E., 2008). Acrescenta, ainda, que a existência de padrões para a formação inicial serviria de *benchmarking*, para a mobilidade e entre sistemas.

## **5. Quadro analítico e objectivos do estudo**

Durante este estudo, procuramos responder à pergunta “*Quais os potenciais Impactos do Processo de Bolonha na Força de trabalho de Enfermagem em Portugal?*”. Na primeira parte deste trabalho foi enfatizado a pouca evidência que tem sido produzida quanto aos efeitos desta política na Força de Trabalho dos Enfermeiros. Realçou-se, também, a importância de desenvolver um modelo para avaliar o impacto de políticas intersectoriais nos RHS. Assim, foram definidos para este projecto dois Objectivos Gerais: 1. “*Construir um modelo de avaliação dos potenciais impactos de uma política intersectorial, na força de trabalho dos RHS em Portugal*”; 2. “*Avaliar o impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho dos Enfermeiros em Portugal*”.

Para cada Objectivo Geral foram definidos Objectivos específicos:

1.1 Definir avaliação de impacto nos RHS.

1.2 Identificar dimensões de impacto na força de trabalho dos RHS.

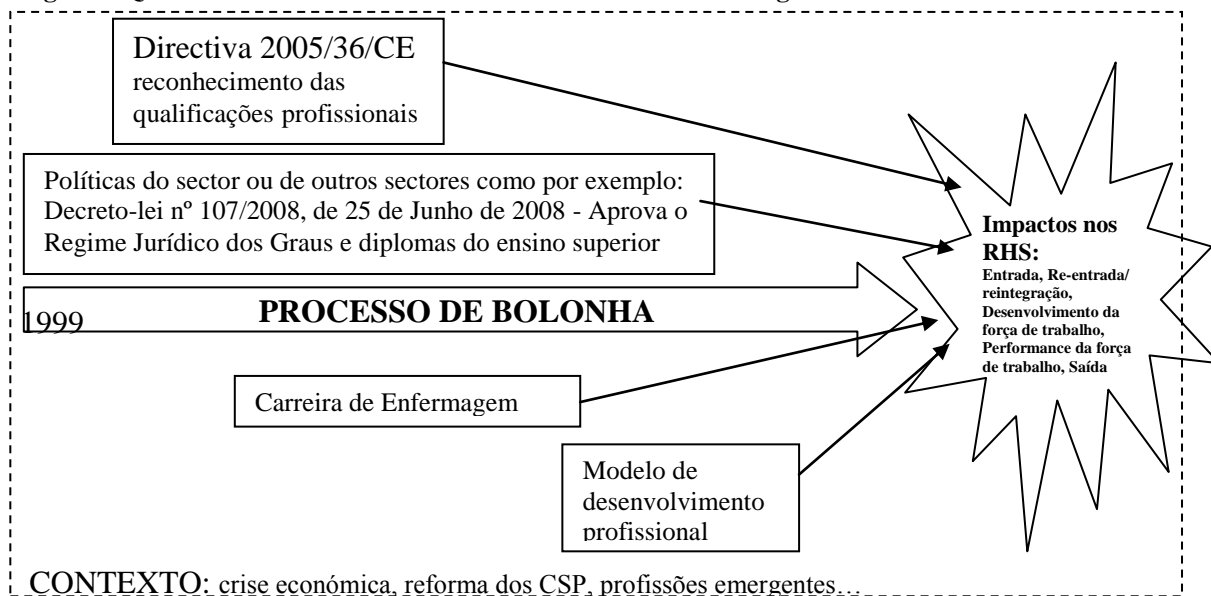
1.3 Construir um modelo de avaliação de impacto em RHS.

2.1 Avaliar os impactos do Processo de Bolonha de acordo com cada uma das dimensões definidas no modelo conceptual;

2.2 Definir recomendações para maximizar os impactos positivos e para minimizar os efeitos negativos.

O Processo de Bolonha não pode ser compreendido fora do seu contexto e, neste sentido, para compreender os seus efeitos, há a necessidade de ter em consideração que outras políticas poderão ter efeitos semelhantes ou contribuir para maximizar ou minimizar os efeitos de Bolonha. Neste sentido, o quadro analítico que serve de base a este estudo é apresentado na Figura 7.

**Figura 7 Quadro analítico: Processo de Bolonha no contexto Português**



## **II - Material e Métodos:**

Neste capítulo, apresentam-se os métodos que contribuíram para a consecução dos objectivos propostos, o desenho de estudo e as etapas do estudo. Optou-se por sistematizar os procedimentos utilizados para a colheita de dados, os instrumentos para colheita de dados e os métodos de análise dentro de cada etapa.

### **1. Desenho de estudo**

O presente estudo, pretende contribuir para o desenvolvimento de um modelo para Avaliação de Impacto em RHS. De acordo com Veerman *et al.* (2007), a avaliação de impacto é sobretudo uma actividade dedutiva, partindo de teorias gerais para aplicar a situações específicas (Bowling, 1997). Neste sentido, pretende-se definir que modelo de RHS se adequa ao que se pretende medir (Impactos de políticas intersectoriais nos RHS) e, posteriormente, aplicar esse modelo a uma situação particular (processo de Bolonha nos Enfermeiros em Portugal). Assim, este trabalho, está dividido segundo os objectivos gerais, que correspondem às duas etapas principais deste projecto (Quadro 2).

Conforme foi referido, apesar de ser conceptualizada a necessidade desta avaliação, não foi encontrada na literatura revista, nenhum estudo sobre esta temática. Assim, pretende-se através da revisão da literatura e consulta de informadores chave, contribuir para a construção de um modelo e aplica-lo ao Processo de Bolonha.

Sendo esta uma questão complexa, considera-se que a utilização por si só de uma metodologia qualitativa ou quantitativa pode ser insuficiente para abordar este tema. Creswell (2009) afirma que a utilização de métodos mistos de investigação pode ser útil, quando se pretende, partir de uma teoria geral, para a testar, transformando-a em modelos que podem ser aplicados a situações particulares. Assim, os resultados obtidos com um método, podem servir para definir os participantes ou as questões a colocar, utilizando outro método<sup>17</sup>. A utilização de métodos mistos é também útil, quando se pretende desenvolver um instrumento, sendo obtidos temas ou afirmações através de

---

<sup>17</sup> Em alternativa, métodos qualitativos e quantitativos podem ser utilizados em conjunto para se reforçarem mutuamente (Creswell, 2009).

métodos qualitativos que, servirão para a construção de um instrumento de recolha de dados a utilizar na fase seguinte.

**Quadro 2 Desenho de estudo**

<b>Etapas</b>	<b>Objectivos específicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Análise</b>
1. Construir um modelo de avaliação dos potenciais impactos de uma política intersectorial, na força de trabalho dos RHS em Portugal	Definir avaliação de impacto nos RHS. Identificar dimensões de impacto na força de trabalho dos RHS. Construir um modelo de avaliação de impacto em RHS.	Revisão da literatura. Aplicação de um questionário de perguntas abertas a um grupo de informadores chave. Consulta de um grupo de Informadores chave (tipo “conferência de consenso”) no âmbito do “ <i>Policy Dialogue on the planning for a well-skilled nursing and social care workforce in the European Union</i> ”	Análise temática com base no modelo teórico seleccionado.  Consenso sobre modelo de AI
2. Avaliar o impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho dos Enfermeiros em Portugal	Avaliar os impactos do Processo de Bolonha de acordo com cada uma das dimensões definidas no modelo conceptual; Definir recomendações para maximizar os impactos positivos e para minimizar os efeitos negativos.	Verificar a adequação do instrumento a utilizar: Aplicação do questionário a um grupo de Enfermeiros  Aplicação do questionário a uma amostra de enfermeiros.  Análise documental	Seleção e reformulação dos itens que revelarem ser ambíguos, difíceis de compreender. Adaptação do layout.  Estatísticas descritivas das respostas obtidas. Análise das respostas de acordo com as dimensões definidas.  Triangulação dos dados obtidos com as fontes de informação disponíveis (Creswell, 2009).

Creswell (2009) refere que, a utilização de uma abordagem de métodos mistos implica, determinar se a teoria pode ser utilizada, identificar a forma da sua utilização (qualitativa, quantitativa ou ambos) e, definir a estratégia a seguir. Neste sentido, a utilização de métodos mistos é a mais adequada para o presente projecto, dado que, pretende-se numa primeira fase seleccionar e validar um modelo para a Avaliação de impacto em RHS e, posteriormente, aplicá-lo a uma situação particular.

O recurso a esta estratégia, implica que o investigador esteja familiarizado tanto com a utilização de métodos qualitativos como quantitativos. Além disso, implica também

uma boa organização temporal do projecto, uma vez que, numa primeira fase se recorre a uma metodologia qualitativa para definir o modelo a utilizar e, numa segunda fase, a uma mistura de métodos qualitativos e quantitativos para o aplicar a uma situação específica. Assim, de acordo com a tipologia proposta por Creswell (2009), o desenho proposto insere-se numa estratégia transformativa sequencial. Esta caracteriza-se pela existência de 2 fases distintas de colheita de dados, em que a segunda fase é baseada na primeira. Neste projecto, as duas fases correspondem aos 2 dois objectivos gerais traçados.

## **2. Etapas do Projecto**

### **2.1 Construir um modelo de avaliação dos potenciais impactos de uma política intersectorial, na força de trabalho dos RHS em Portugal**

Nesta etapa do estudo, foi definido o modelo teórico que melhor se enquadra na perspectiva da investigação (sendo construído um questionário de auto-resposta a utilizar na fase seguinte) e os métodos a que se deve recorrer para essa avaliação. Recorreu-se a um grupo de informadores chave e revisão da literatura para a escolha do modelo a utilizar e construção de um instrumento de colheita de dados (questionário de auto-resposta), que foi posteriormente validado por um segundo grupo de informadores chave.

Usando como exemplo a avaliação de impacto em saúde, que se serve do modelo dos determinantes de saúde para essa avaliação (*Quigley et al.*, 2006, Parry e Stevens, 2001, Bos, 2006), considerou-se a necessidade de um modelo teórico de RHS que permita definir os impactos que pretendemos avaliar. Esse modelo, deveria reflectir a realidade sociocultural em que a avaliação está inscrita (McDowell e Newell, 1996) e ser consensual.

Após revisão da literatura sobre RHS, considerou-se que o modelo apresentado no “*Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos pela saúde*”, seria o mais adequado para servir de base à avaliação de impacto nos RHS. No entanto, para validar a escolha do modelo seleccionado, bem como, obter uma perspectiva do fenómeno em estudo, que não tivesse sido considerada (DeVellis, 1991), recorreu-se a um grupo de

informadores chave. Sendo impossível, aceder a todo o universo de profissionais de saúde, foi utilizada amostragem intencional, para seleccionar os participantes. Na amostragem intencional, os indivíduos são seleccionados por terem características particulares, que contribuem para uma maior compreensão do fenómeno em estudo (Bowling, 1997). De acordo com Bowling (1997), a utilização deste tipo de amostragem é útil, principalmente em estudos qualitativos, onde se pretendem gerar hipóteses para novos estudos ou, em estudos piloto de questionários. No entanto, o recurso a este tipo de amostragem tem algumas desvantagens, dado que, os resultados não podem ser generalizados para a população geral, por outro lado, traduzem a versão dos informadores chave consultados, podendo ser descurados, alguns aspectos do fenómeno em estudo. Assim, quanto ao primeiro grupo de informadores chave, pretendeu-se que este fosse constituído por especialistas em RHS para dar uma perspectiva abrangente sobre a avaliação de impacto em RHS. Assim, foram consultados: 6 especialistas internacionais e 6 especialistas de Portugal. A selecção destes participantes foi feita dada a sua experiencia na área dos RHS e de Enfermagem em Portugal.

Especialistas Internacionais: Médico, mestre em saúde pública, doutorado em ciências e médicas professor de Políticas de saúde internacionais; Professor (Doutorado) especialista em consultoria e investigação em políticas de RHS; Médico especialista em Pediatria, Mestrado em Medicina Social, Doutorado em Saúde Pública, com diversos trabalhos na área de RHS; Especialista em gestão de RHS, mestre em gestão de RHS; Médico, Professor de Saúde Publica (Doutorado) e especialista em RHS.

Especialistas de Portugal: Médico, doutorado em Saúde Pública, com diversos trabalhos publicados na área de RHS; Enfermeira, Mestre em Saúde Pública com trabalhos publicados sobre RHS; Economista, Doutorado em Saúde Pública, a desenvolver projectos em RHS; Enfermeiro, Mestre em Ciências de Enfermagem; Enfermeiro, Doutorado em Ciências da Educação; Enfermeiro, Doutorado em Ciências Empresariais.

Para esta etapa, foi construído um questionário com perguntas abertas (Fortin, 1996), que foi aplicado, ao primeiro grupo de informadores chave (Anexo I), por via e-mail. A taxa de resposta foi 100%.

As respostas obtidas, foram categorizadas recorrendo a análise temática (Braun e Clarke, 2006). A análise temática pode ser conduzida, com uma abordagem indutiva, ou dedutiva. A primeira, consiste no processo de codificação, sem a tentativa de encaixar os dados, num modelo teórico ou ideias pré-concebidas do investigador. A abordagem dedutiva, que será a utilizada para este projecto, tende a ser conduzida por um modelo teórico ou interesse analítico. Neste sentido, as respostas obtidas foram categorizadas, segundo o modelo teórico seleccionado e serviram de base para a construção do questionário de auto-resposta, a utilizar na fase seguinte (Anexo III).

Segundo alguns autores (Hill e Hill, 2008, DeVellis, 1991, Streiner e Norman, 2003), a construção de um questionário deve obedecer a 8 fases principais: definir o construto que se pretende medir; gerar um conjunto de itens; determinar o formato da medição (desenvolvido na segunda etapa do projecto); revisão do conjunto inicial de itens por um conjunto de peritos; considerar a inclusão de itens para validação; administração do instrumento a uma amostra – *pré teste* (desenvolvido na segunda etapa do projecto); avaliação dos itens; optimização do tamanho do questionário. Assim, nesta etapa do projecto, as respostas obtidas com a consulta, bem como, o modelo seleccionado, contribuíram para a construção dos itens que iriam compor o questionário.

A possibilidade de ter um segundo grupo de informadores chave, surgiu no âmbito do convite a participar no “*Policy Dialogue on the planning for a well-skilled nursing and social care workforce in the European Union*”<sup>18</sup>, organizado pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, em 12 de Maio de 2009, Veneza. Esta oportunidade foi considerada uma mais-valia, possibilitando a revisão do questionário então construído, por um grupo de peritos, adicionando-lhe validade. O grupo de peritos presente foi seleccionado pelo Observatório (Anexo VI).

Os objectivos da reunião foram, discutir a metodologia para avaliação de impacto dos RHS; ferramenta para o “*screening*” das políticas da UE com potencial impacto na força de trabalho dos RHS; o Processo de Bolonha como, um exemplo de uma política com efeitos na força de trabalho dos Enfermeiros. O documento redigido foi enviado para o grupo de peritos no dia 08 de Maio de 2009. A discussão do documento foi conduzida pelo Observatório num formato tipo conferência de consenso (Bowling,

---

<sup>18</sup> O documento final resultante desta reunião encontra-se disponível em [http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Health%20Workforce%20Impact%20a%20assessment\\_FINAL%20FINAL.pdf](http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Health%20Workforce%20Impact%20a%20assessment_FINAL%20FINAL.pdf)

1997). Dessa discussão resultaram um conjunto de observações ao documento apresentado que foram registadas pelo investigador. Todos os participantes concordaram que a Avaliação de Impacto nos RHS pode ser, uma ferramenta útil e o modelo seleccionado é adequado, para uma definição geral da força de trabalho dos RHS, podendo ser aplicado não só aos Enfermeiros, mas também, a outros profissionais de saúde. Foram também sugeridas alterações na matriz de análise dos impactos dos RHS. Com base nessas sugestões, foi apresentado a proposta final de matriz de análise que se encontra em anexo (Anexo IV).

Além da matriz de análise dos Impactos, foi proposto que na formulação de políticas, fosse criado um grupo consultivo, que deveria fazer uma selecção das políticas (“*screening*”) com efeitos na força de trabalho dos RHS.

Neste sentido, considerou-se que as políticas deveriam ser submetidas a uma avaliação de impacto nos RHS, se tivessem potenciais efeitos na *entrada* dos RHS no mercado de trabalho, no *desenvolvimento do desempenho*, no *desempenho da força de trabalho* e na *saída* dos RHS do mercado de trabalho.

## 2.2 Avaliar o impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho dos Enfermeiros em Portugal

Nesta etapa, pretende-se aplicar o questionário construído a uma política específica (processo de Bolonha).

Com o objectivo de melhorar o *layout* e adequar a linguagem utilizada (Hill e Hill, 2008), foi aplicado um pré-teste entre Setembro e Novembro de 2009 a 10 Enfermeiros, alunos do mestrado em Saúde e Desenvolvimento. Foi solicitado que fizessem comentários sobre a clareza dos enunciados, informação (in)suficiente para o preenchimento, formatações e tempo de preenchimento.

O tempo de preenchimento variou de 30 a 45 minutos. Foram apresentadas sugestões para alteração do aspecto do questionário de forma a facilitar a sua compreensão. Alguns dos respondentes, referiram que a extensão do questionário e a inclusão dos Indicadores de monitorização e avaliação poderia dificultar a obtenção de respostas. Foram também colocadas questões relativas a alguns estrangeirismos usados e dificuldade de compreensão de algumas questões.

Optou-se também por eliminar, a inclusão dos Indicadores de monitorização e avaliação. A escala de intensidade dos impactos também foi reformulada, optando-se por uma escala de “*Osgood*<sup>19</sup>” (ou de Diferencial Semântico (Al-Hindawe, 1996)) de forma a realçar a bipolaridade dos potenciais efeitos. Desta consulta, obteve-se o formato final do questionário em anexo (Anexo V). Assim, seria solicitado ao grupo de informadores chave a resposta à questão: “O Processo de Bolonha terá potenciais efeitos, na força de trabalho de Enfermagem em Portugal, no(a)”. Era pedido para “Classificar o potencial impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho de enfermagem em Portugal de acordo com a seguinte escala de pontuação (Assinalar com X a pontuação): -3: elevado impacto negativo; -2: moderado impacto negativo; -1: reduzido impacto negativo; 0: nenhum impacto; +1: reduzido impacto positivo; +2: moderado impacto positivo; +3: elevado impacto positivo”. Além disso para cada questão os respondentes deveriam “Descrever ou exemplificar o efeito esperado”.

Após a realização das adequações de linguagem e *layout* sugeridas, foi então, aplicado o questionário a uma amostra intencional de informadores chave sobre o processo de Bolonha.

Para a selecção deste grupo pretendeu-se, obter uma amostra de informadores chave, sobre o processo de Bolonha na enfermagem em Portugal. Neste sentido, foi considerado que deviam ser consultadas as principais organizações de representantes de enfermeiros, enfermeiros que tiveram um papel chave na implementação do processo, associações de estudantes (que seriam os primeiros a sentir os efeitos de uma política de educação), e docentes de enfermagem (que seriam os primeiros a implementar as alterações que advém deste processo).

O questionário foi aplicado por e-mail. Este é um meio económico em termos de recursos e de tempo para aplicação (Streiner e Norman, 2003). Apresenta também a vantagem de diminuir o viés de resposta relacionado com a desejabilidade social. Foi enviado um e-mail a 21 de Dezembro de 2010, tendo sido repetido o envio a 13 Janeiro

---

<sup>19</sup> A escala de *Osgood* ou escala de diferencial semântico é uma ferramenta utilizada frequentemente para medição de atitudes, utilizando uma escala de 7 pontos bipolar que utiliza adjectivos antónimos. Segundo Al- Hindawe (1996), esta escala é de fácil utilização e compreensão por parte dos respondentes, sendo um dos melhores instrumentos para medir conceitos multidimensionais. Esta pode ser acompanhada de outras perguntas que permitam confirmar a direcionalidade da resposta fornecida.

solicitando resposta até dia 30 de Janeiro de 2010. Dado a baixa taxa de resposta ao questionário, foi repetido o seu envio.

O envio de questionários por e-mail, segundo alguns autores, apresenta uma baixa taxa de resposta, podendo variar de 24 a 73% (Seguin *et al.*, 2004). Esta pode estar relacionada, com a quantidade de e-mails que recebemos diariamente e que alguns servidores de e-mail encaminham directamente para o “lixo electrónico” ou, com o facto de alguns dos e-mails disponíveis não estarem actualizados. Outra possível razão, está relacionada com o e-mail ser, nalguns casos, poucas vezes verificado ou ser verificado por outras pessoas que não as que pretendemos (Seguin *et al.*, 2004). Por outro lado, no momento em que o questionário foi aplicado, decorreu uma greve dos enfermeiros (27, 28 e 29 de Janeiro de 2010), podendo esse factor ter contribuído para uma baixa taxa de resposta, principalmente das estruturas sindicais, cuja atenção, estava focada na negociação da carreira de enfermagem. Assim, dado que apenas foi obtida uma resposta com o primeiro e-mail enviado, foram enviados os e-mails por 3 vezes (21 de Dezembro, 13 Janeiro, 01 Fevereiro) e, foi também solicitada colaboração pela FNAEE para divulgar o questionário entre as associações de estudantes, presentes na Assembleia Geral Extraordinária da FNAEE dia 07 de Fevereiro.

Foram enviados 55 questionários:

- 23 Associações de Enfermeiros (incluindo associações de enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros e Sindicatos);
- 4 Enfermeiros que participaram em dois relatórios sobre a implementação do processo de Bolonha na Enfermagem em Portugal
- 18 Associações de Estudantes de Enfermagem<sup>20</sup>
- 10 Enfermeiros Professores em Escolas de Enfermagem (seleccionados por terem desenvolvido trabalho relacionado com o ensino da enfermagem)

No total, foram obtidas 18 respostas (quadro 3), entre 21 de Dezembro de 2009 e 02 de Março de 2010, obtendo-se uma taxa de resposta de 32,7%.

---

<sup>20</sup> Dado que nem todas as associações de estudantes têm o seu e-mail disponível foram contactadas apenas aquelas cujo endereço de e-mail é público no site da FNAEE (<http://fnaee.blogspot.com/>).

**Quadro 3 Número de respondentes por Grupo**

	nº	%
Associações de Enfermeiros	5	27,8
Associações de Estudantes	4	22,2
Sindicatos	4	16,7
Ordem	1	5,6
Professores	5	27,8
Total	18	100

As respostas obtidas, foram categorizadas, de acordo com os impactos positivos/negativos e propostas para maximizar efeitos positivos e minimizar os efeitos negativos. Foram também analisadas, estatísticas descritivas das respostas obtidas com a escala aplicada (utilizando para isso o programa informático SPSS<sup>21</sup> – versão 17.0). Os dados colhidos, foram então cruzados (triangulação) com a literatura disponível e dados de outras fontes (GPEAR, Ordem dos Enfermeiros, IEFP, MCTES), que permitissem evidenciar e aumentar a validade dos impactos avaliados. Segundo Creswell (2009) através da triangulação, podem ser utilizados dados de diferentes fontes, que permitam, dar coerência aos temas construídos, aumentando a validade dos achados.

---

<sup>21</sup> Statistical Package for the Social Sciences.

### **III - Resultados**

#### **1. Construção de um modelo de avaliação de impacto em RHS**

Na primeira etapa deste estudo, pretendia-se construir um modelo de avaliação de impacto em RHS. Neste sentido, com base na revisão da literatura e numa consulta prévia de um grupo de informadores chave, foi seleccionado o modelo teórico e construída uma matriz de análise dos impactos.

Neste primeiro grupo de informadores chave, foi perguntado que dimensões deviam ser consideradas na avaliação de impacto das políticas na força de trabalho de enfermagem. Foi também perguntado de que formas se podiam medir esses impactos e quem deveria ser consultado. Os resultados a estas questões foram sistematizados (Anexo II) e as dimensões organizadas, de acordo com o modelo teórico seleccionado. Quanto à questão sobre de que forma se deveriam medir os impactos, 4 respondentes referiram através de consensos (ex: Delphi), 2 referiram construção de cenários e 2 referiram *framework* de avaliação com medidas quantitativas e qualitativas, tendo no entanto sido referidas outras formas de aceder a esses impactos (Anexo II). Quanto a quem deveria ser consultado, as respostas também foram diversificadas, tendo sido referidos, supervisores, família/pessoas próximos (na perspectiva da relação trabalho-família), pagadores/ financiadores: segurança social, seguros de saúde, instituições privadas, economistas da saúde, associações de outros profissionais de saúde, finanças, escolas de enfermagem, entidades empregadoras (sector publico, sector privado, centros de saúde...), os elementos das equipas de saúde, decisores políticos, associações que representam os enfermeiros (Sindicatos e ordem), utentes/ doentes/ associações de doentes/associações de consumidores, Enfermeiros, gestores de saúde (unidades de saúde, de recursos humanos...). Esta resposta reflecte o amplo leque de stakeholders que este grupo de peritos considera que pode ser influenciado por uma decisão política com efeitos nos RHS.

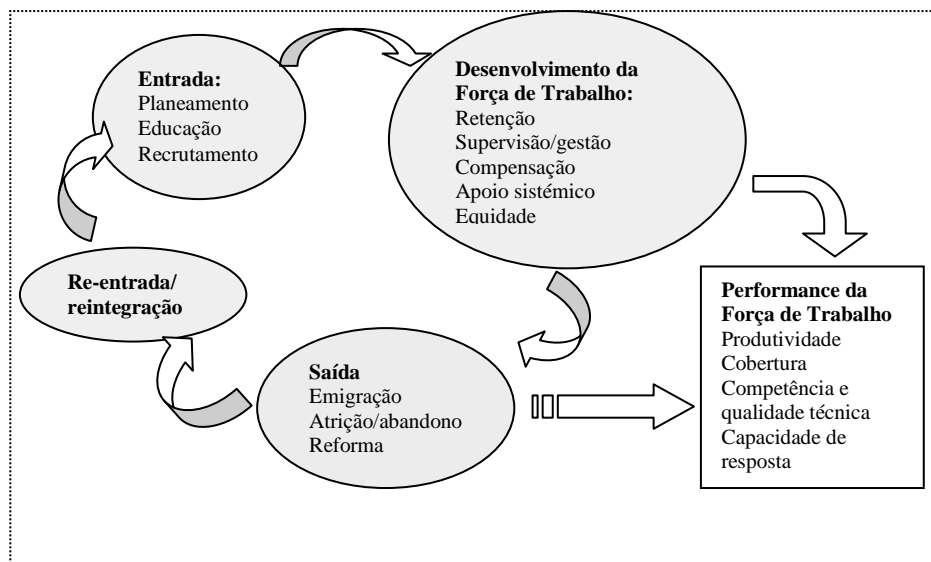
As respostas à questão relativa às dimensões que deveriam ser avaliadas, serviram de base à construção da matriz que foi submetida a um segundo grupo de peritos. A matriz construída (Anexo III), foi composta de uma coluna com a definição de cada subdimensão, uma segunda coluna constituída por questões relacionada com cada subdimensão onde eram questionados os potenciais impactos da política em análise. A

terceira coluna era constituída por uma série de indicadores que permitiria quantificar e monitorizar os efeitos estimados. Uma quarta coluna onde deveriam ser indicadas as fontes para aceder à informação pretendida e, por fim, uma quinta coluna onde poderia ser incluída uma escala para avaliar a importância do impacto definido na dimensão em análise.

A possibilidade de submeter esta matriz à análise de um segundo grupo de peritos surgiu no âmbito do “*Policy Dialogue on the planning for a well-skilled nursing and social care workforce in the European Union*”, realizado em 29 de Maio em Veneza, onde estavam presentes peritos em RHS. Para isso, foi elaborado um documento explicitando o que se pretendia com a avaliação de impacto, sendo apresentada a matriz de impactos. Com os comentários obtidos, foi elaborada uma versão final do documento que foi aceite pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde como uma possível ferramenta a utilizar para análise desses impactos.

Assim chegou-se a uma definição mais ampla e consensual para as dimensões e subdimensões tendo sido acrescentadas algumas questões e indicadores.

**Figura 8 A força de trabalho ao longo do ciclo vital**



Neste sentido a seguir são apresentadas essas definições bem como as questões que lhes estão associada:

**Entrada:** *planeamento do força de trabalho (números necessários, combinação de competências), educação básica e recrutamento dos trabalhadores de saúde, re-treinamento dos trabalhadores que pretendem deslocar-se para um serviço de saúde diferente (de cuidados de saúde primários para cuidados hospitalares, de cuidados*

*gerais para cuidados especializados...), ou que tenham saído temporariamente do sector saúde.*

*Planeamento* - Questões 1 a 8: refere-se à produção de um nível adequado de trabalhadores de saúde e aos factores que contribuem para isso (numerus clausus, custos com educação, uso de tecnologias que facilitam educação à distancia, estratégia de recursos humanos, sistemas de informação de recursos humanos...). Peso económico dos programas de treino: empréstimos a estudantes, fundos de emergência, as bolsas.

*Educação/ re-treinamento* - Questões 9 a 12: refere-se aos efeitos na qualidade da educação providenciada e a factores que a influenciam (acreditação, regulação profissional, licenciamento, certificação). Educação / consultoria / aconselhamento / supervisão de estudantes

*Recrutamento* - Questões 13 a 17: refere-se aos efeitos na capacidade de colocar o trabalhador certo no lugar certo no tempo certo.

### **Re-entrada/ reintegração:**

*Reentrada /Reintegração* - Questões 18 a 19: efeitos na reentrada de profissionais de saúde que saíram do sector.

### **Desenvolvimento da força de trabalho:** *efeitos em factores que condicionam a produtividade e qualidade de serviços produzidos.*

*Retenção* - Questões 20 a 23: refere-se aos efeitos na capacidade do sistema de saúde de reter os seus trabalhadores qualificados.

*Supervisão/gestão* - Questões 24 a 26: efeitos sobre o desempenho global, práticas e clima organizacional, incluindo a supervisão e monitorização, regulação profissional. Coordenação, gestão dos cuidados / programação / recursos necessários

*Compensação* - Questões 27 a 30: refere-se aos efeitos na remuneração, benefícios e incentivos monetários e não monetários.

*Apoio sistémico* - Questões 31 a 34: efeitos nas ferramentas disponíveis e no ambiente de trabalho, incluindo violência e agressões para com o pessoal.

*Equidade* - Questões 35 a 37: medidas laborais para lidar com uma diversidade de assuntos como raça, género, incapacidade/deficiência, religião.

### **Performance da força de trabalho:** *efeitos na performance da força de trabalho dos RHS incluindo a cobertura, competência técnica e capacidade de resposta.*

*Produtividade* - Questão 38: aumentar a produção com a força de trabalho actual, sem a redução proporcional na qualidade dos cuidados prestados.

*Cobertura* - Questão 39: distribuição dos trabalhadores com as competências adequadas pelos serviços de saúde e população.

*Competência e qualidade técnica dos cuidados prestados* - Questão 40: efectividade dos serviços tendo em conta o contexto de trabalho.

*Capacidade de resposta* - Questões 41 a 43: forma como os doentes e familiares são tratados pelos trabalhadores de saúde.

**Saída:** *efeitos na saída dos trabalhadores do país ou do sector saúde.*

*Emigração* - Questão 44: saída de trabalhadores qualificados para outros países.

*Atrição/abandono* - Questões 45 a 46: perdas devidas a problemas de saúde, morte, saída temporária do mercado de trabalho, sanções profissionais e outras causas.

*Reforma* - Questões 47 e 48: saída planeada do Mercado de trabalho

## **2. O Impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho dos Enfermeiros em Portugal.**

Nesta etapa recorreu-se ao questionário construído anteriormente para solicitar a um grupo de Informadores chave a sua opinião quanto aos Impactos do Processo de Bolonha na Força de Trabalho de Enfermagem. Dado que as questões foram elaboradas de acordo com o modelo “*Estratégias para a vida útil*”, com as alterações efectuadas na etapa anterior, os resultados serão apresentados de acordo com as principais dimensões e subdimensões deste modelo (as tabelas com os resultados para cada questão encontram-se no Anexo VIII).

Os resultados, a seguir apresentados, pretendem mostrar de que forma os elementos do grupo de informadores responderam tendencialmente às perguntas de cada subdimensão. Assim, optou-se por apresentar os dados em gráficos de barras para, de forma simples, identificar quais foram as tendências de respostas para cada dimensão<sup>22</sup>, podendo estes ser encontrados de forma mais discriminada no Anexo VIII.

Dado o tamanho da amostra, a comparação das respostas entre os grupos de respondentes (sindicatos, ordem, professores, associações de enfermeiros, ordem, associações de estudantes), será comentado se algum destes grupos se destacar dos restantes.

### **2.1 Entrada na força de trabalho:**

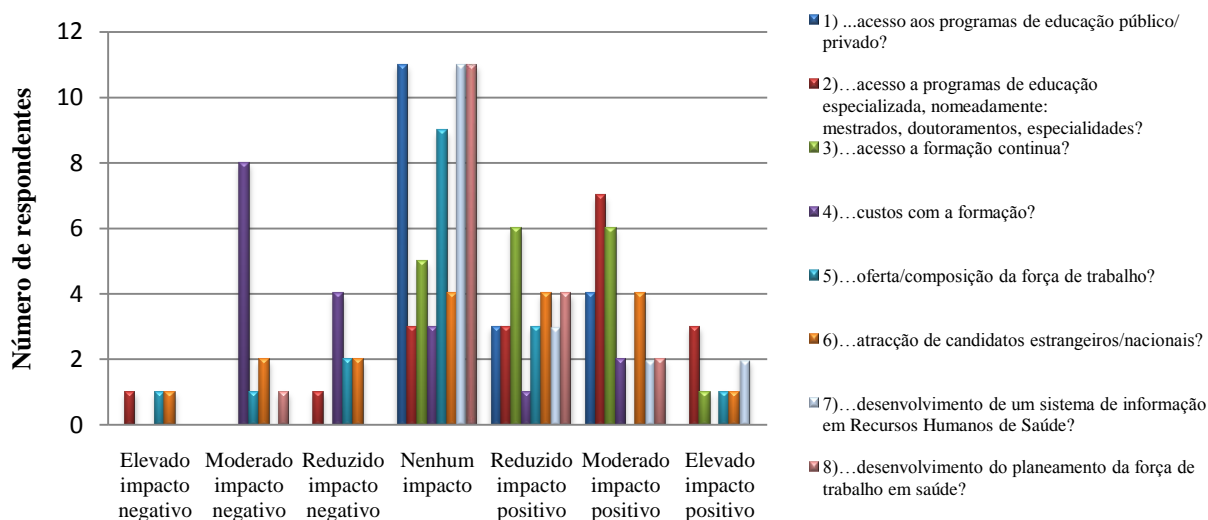
Esta dimensão integra as subdimensões: *Planeamento, Educação/ re-treinamento, Recrutamento.*

**Planeamento** (Questões 1 a 8):

---

<sup>22</sup> Outra possibilidade de apresentar os resultados seria através do gráfico de “radar” que permite verificar a tendências das respostas, no entanto, dado que os dados obtidos para algumas dimensões se encontram muito próximos do centro, não seria fácil identificar quais as tendências de resposta.

**Gráfico 1 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Planeamento"**



Na subdimensão planeamento, o grupo de informadores atribuiu sobretudo impactos nulos ou positivos, destacando-se a questão 4 relativa aos custos com a formação em que foram atribuídos maioritariamente impactos negativos. Foram atribuídos maioritariamente impactos positivos a questões relacionadas com acesso a programas de educação especializada, acesso a formação contínua e atracção de candidatos estrangeiros/ nacionais. Impactos nulos ao acesso a programas de educação público/ privado, à oferta/composição da força de trabalho, ao desenvolvimento de um sistema de informação em Recursos Humanos de Saúde e no desenvolvimento do planeamento da força de trabalho em saúde.

Relativamente à primeira questão, foi salientado pelo grupo que, com o elevado número de escolas de Enfermagem, o acesso a programas de educação em enfermagem nunca fica comprometido. Nesta questão, apesar da maioria dos respondentes ter atribuído impacto nulo foi referido pelos respondentes que atribuíram impactos positivos que o processo de Bolonha contribuirá para diversificar e aumentar o número de candidatos aos cursos de Enfermagem. Num dos comentários é referido que “*médio/ longo prazo poderá vir a reduzir a procura, o que sendo positivo, no sentido da regulação da qualidade da oferta formativa poderá ser indicativo de menor interesse profissão*”.

Na questão seguinte relativa ao acesso a programas de educação especializada, os respondentes atribuíram maioritariamente impacto positivo ao processo de Bolonha tendo sido salientados a integração das especialidades no 2º ciclo, diminuição dos

períodos previstos para o terceiro ciclo e um mercado de trabalho competitivo que conduzirá a um prolongamento dos períodos de estudo.

Na terceira questão que diz respeito ao acesso a formação contínua, a maioria dos respondentes atribuiu também impacto positivo, tendo os comentários salientado, como aspectos positivos, a possibilidade da creditação da formação sob a forma de ECTS, bem como a abertura dos cursos a novos públicos.

Nesta subdimensão, a questão relativa aos custos com a formação foi a única em que a maioria (12 respondentes) atribuiu impacto negativo. Os comentários realçam que a possibilidade de exigência de maior formação para o exercício profissional pode contribuir para aumentar os custos com a formação. Por outro lado, a formação após o primeiro ciclo tem que ser suportada pelos estudantes, enquanto noutras profissões esta será financiada, dado que é requisito para exercício profissional.

Na questão seguinte relativa aos efeitos na oferta/composição da força de trabalho, a maioria dos elementos deste grupo atribuiu impacto nulo. Relativamente aos respondentes que atribuíram impactos negativos, foi referido que este se devia a que comparativamente com outras profissões, os enfermeiros saem para o mercado de trabalho com o 1º ciclo, o que poderá conduzir a uma desvalorização social da profissão. É também referido que, actualmente, a oferta já é superior à procura e que há uma necessidade de avaliação da qualidade da formação dos enfermeiros.

Na questão relativa à atracção de candidatos estrangeiros/nacionais a maioria dos respondentes atribuiu impacto positivo. Os efeitos salientados foram a facilidade de mobilidade na Europa, através de instrumentos como o suplemento ao diploma. Um dos respondentes referiu que a “maior duração do 1º ciclo em Portugal pode ter efeitos paradoxais na atracção de candidatos estrangeiros: negativos e positivos”. É interessante notar que nos respondentes que atribuíram impactos nulos ou negativos foram feitos comentários salientando a elevada diversidade no ensino da enfermagem na EU como entrave a esta mobilidade.

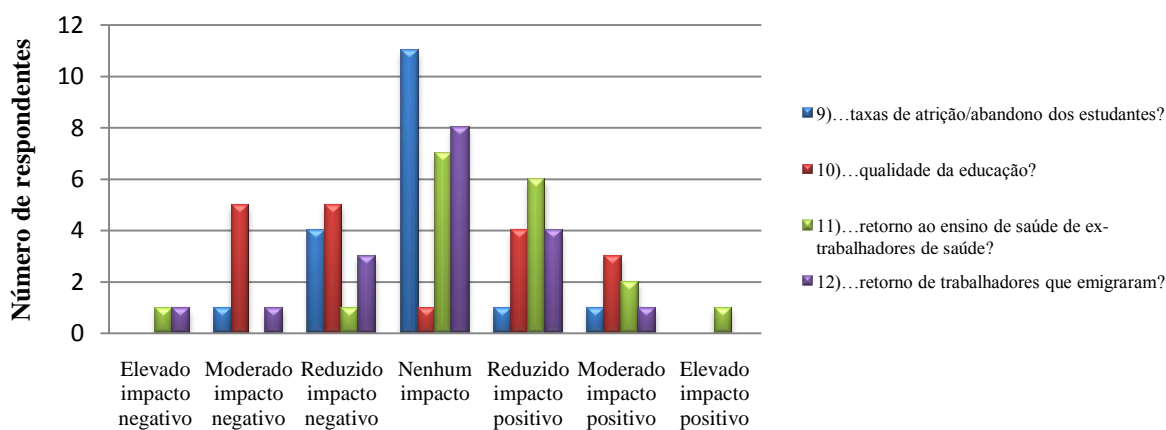
Quanto aos potenciais efeitos no desenvolvimento de um sistema de informação em Recursos Humanos de Saúde, os respondentes foram expressivos (11 respondentes, destes todos os elementos do grupo dos professores atribuíram impacto nulo) quando

referiram que Bolonha terá um impacto nulo e até mesmo um dos respondentes que atribuiu impacto positivo referiu a inexistência de iniciativas neste sentido.

No seguimento da questão anterior, na questão relativa aos efeitos no desenvolvimento do planeamento da força de trabalho em saúde, os mesmos respondentes voltaram a atribuir a Bolonha um efeito nulo (sendo mais uma vez expressiva a resposta do grupo dos professores que atribuíram impacto nulo). Mais uma vez, foi salientada a inexistência de um planeamento nesta área.

### Educação/ re-treinamento (questões 9-12)

Gráfico 2 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Educação/ re-treinamento"



No que concerne a esta subdimensão, o grupo de informadores chave atribuiu um impacto nulo nas questões relativas à atração/ abandono dos estudantes, retorno de ex-trabalhadores de saúde e retorno de trabalhadores que emigram. Atribuíram, maioritariamente, um impacto negativo à qualidade da educação.

Relativamente às taxas de atração/abandono dos estudantes, a maioria dos respondentes atribuíram um impacto nulo sendo de notar que apenas os Sindicatos e a Ordem dos enfermeiros atribuíram ou impactos negativos ou positivos a esta questão. Os comentários salientaram a necessidade de obter mais informação para compreender o papel da autonomização do estudante no abandono dos estudantes. Foi referido, como aspecto positivo, o reconhecimento do percurso já realizado, que trará maiores possibilidades de transferência/ re-ingresso. E, como aspecto negativo, a reestruturação

dos planos de estudo das escolas de enfermagem pode conduzir a um maior abandono dos estudantes.

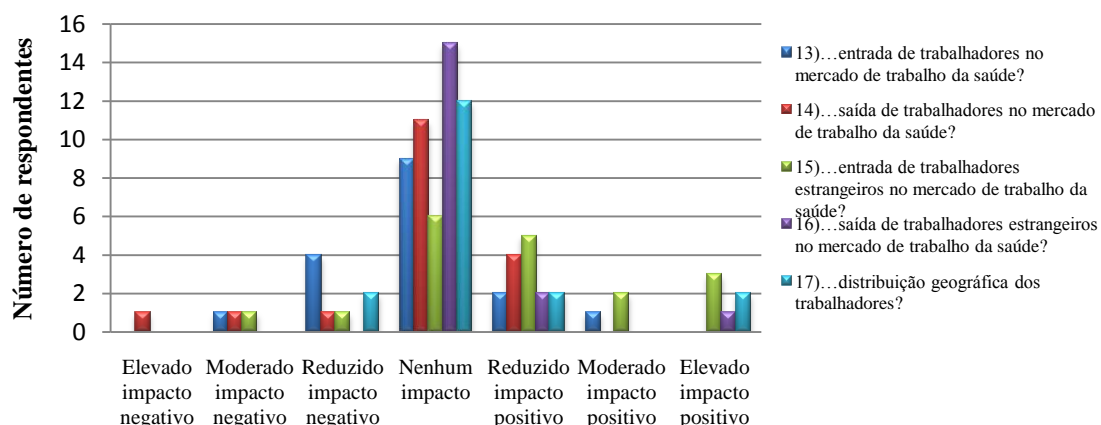
Nesta dimensão, as respostas à questão sobre os efeitos de Bolonha na qualidade da educação os respondentes atribuíram maioritariamente um efeito negativo, sendo de salientar que nenhum dos professores questionados atribuiu impacto negativo. Foi comentado que a reforma introduzida por Bolonha no ensino em Portugal não foi, até ao momento, promotor de verdadeiras dinâmicas de qualidade, dado que este tem sido frequentemente reduzido a uma mera métrica de duração e horas de trabalho docente/estudante. Por outro lado, a permanência da enfermagem no subsistema politécnico e sua colocação no 1º ciclo pode também trazer impactos negativos. Quanto aos impactos positivos, foi referido que Bolonha trará uma melhor avaliação, formação orientada para o reforço do papel autónomo do estudante. No entanto, um dos respondentes afirmou que, nas escolas, o que foi feito foi apenas uma operação cosmética, não tendo ainda sido posto em prática o processo de Bolonha no que se refere aos seus pressupostos de formação.

Quanto ao retorno de ex-trabalhadores de saúde, metade dos respondentes atribuiu um impacto positivo relacionando esse efeito com um melhor acesso ao ensino superior, maiores possibilidades de transferência e de reingresso bem como o reconhecimento do percurso já realizado.

Na última questão relativa aos efeitos no retorno de trabalhadores que emigraram, as respostas dividiram-se, sendo que um maior número de respondentes (8) atribuiu impacto nulo. Foi comentado que o desemprego tem contribuído mais para uma saída de profissionais do que um regresso do estrangeiro. Quanto aos que atribuíram um efeito positivo, foi referido que o processo de Bolonha irá melhorar a mobilidade na Europa. No entanto, o retorno de trabalhadores que emigram dependerá de outras condições. Quanto aos efeitos negativos um dos respondentes comentou que a inexistência de diagnóstico de necessidades de saúde da população portuguesa, em cuidados de enfermagem, contribui para que não seja possível validar a existência de um défice de recursos humanos e desenvolver medidas políticas necessárias.

## Recrutamento (questões 13 a 17)

Gráfico 3 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Recrutamento"



Nesta subdimensão, a maioria dos respondentes atribuiu impacto nulo para os efeitos na entrada de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde, na saída de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde, na saída de trabalhadores estrangeiros do mercado de trabalho da saúde, na distribuição geográfica dos trabalhadores. Apenas na questão que referia os efeitos na entrada de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde os respondentes atribuíram maioritariamente efeitos positivos.

Relativamente à entrada de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde, metade dos respondentes atribuiu efeito nulo. Os respondentes que atribuíram impacto negativo, salientaram que Bolonha poderá aumentar a competição no mercado de trabalho decorrente de procura de nacionais de outros países do espaço Bolonha (essencialmente extra-UE). No entanto, segundo um dos respondentes, há necessidade de conhecer melhor a movimentação interna ao grupo profissional dos enfermeiros, considerando o fenómeno do duplo e triplo emprego. É de notar que a maioria dos respondentes que atribuíram impacto negativo foi o grupo dos professores.

Quanto à saída de trabalhadores do mercado de trabalho da saúde, uma expressiva maioria dos respondentes atribuiu impacto nulo (15 respondentes). Estes salientaram que no período pré-Bolonha, já se avizinhavam os problemas de empregabilidade hoje existentes, sendo que as implicações do processo de Bolonha se colocam apenas no meio académico. Outro comentário acrescenta que as derrapagens sucessivas das despesas com a saúde não fazem prever que, a curto prazo, se verifiquem grandes alterações na situação actual. Ainda relativamente a esta questão, os respondentes que

atribuíram impacto negativo salientaram que os efeitos negativos que se poderão verificar estão relacionados com a facilidade na transferência de créditos, facilidade na mobilidade dos estudantes, a comparabilidade de cursos, facilidade no reconhecimento dos graus e cursos que garantem o acesso à profissão.

No que concerne à entrada de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde as respostas dividiram-se entre impactos nulos ou impacto positivos, apenas dois atribuíram impactos negativos. Um maior número de respondentes atribuiu impacto positivo relacionado com a facilidade na mobilidade dos estudantes, comparabilidade dos cursos, reconhecimento de graus e cursos que garantem acesso à profissão. Os respondentes que atribuíram impacto nulo acrescentaram que a entrada dos trabalhadores estrangeiros estava dependente da aplicação da Directiva 2005/36/CE, salientando também que a mobilidade dos enfermeiros estava mais associada à empregabilidade dado que a valorização social dos enfermeiros não é, noutros países, muito diferente de Portugal.

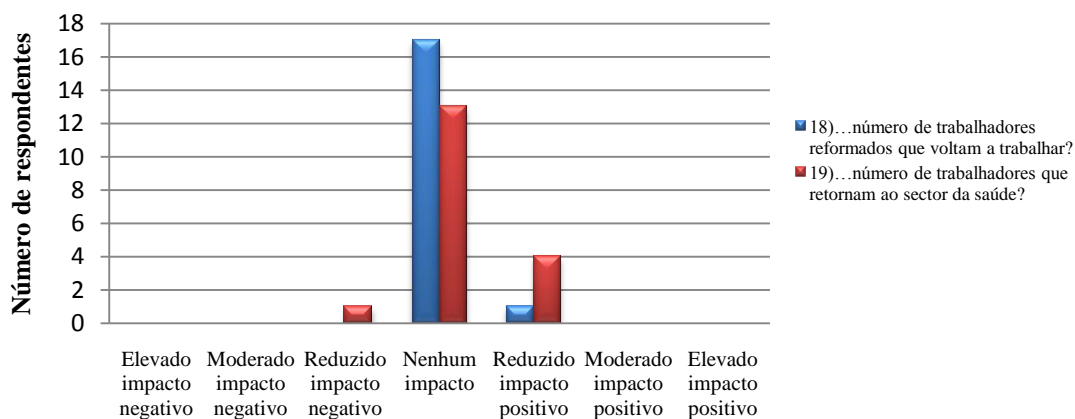
Neste sentido, na questão seguinte, a maioria dos respondentes atribuiu impactos nulos, tendo justificado esta opinião com os comentários feitos na questão anterior. Apenas 3 respondentes atribuíram impacto positivo, tendo comentado que esse efeito se devia a uma mobilidade europeia facilitada.

Na última questão relativa à distribuição geográfica dos trabalhadores, a maioria dos respondentes atribuiu impacto nulo. É de salientar que apenas dois respondentes atribuíram impacto negativo comentando que pode haver tendência para os mais qualificados procurarem os grandes centros urbanos, deixando o interior para os que não estão interessados em prosseguir estudos. Além disso, é também referido que escolas do interior vão ter dificuldade em oferecer o 2º ciclo, se não tiverem professores doutorados.

## 2.2 Reentrada/ reintegração:

### Reentrada /Reintegração (questões: 18 a 19)

Gráfico 4 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Reentrada/ Reintegração"



Nas duas questões referentes a esta subdimensão, a maioria dos respondentes atribuiu um impacto nulo.

Neste sentido, quanto à questão relacionada com número de trabalhadores reformados que voltam a trabalhar, os respondentes foram unânimes (17 respondentes) em atribuir um impacto nulo, tendo sido comentado que, na realidade portuguesa actual e com o número existente de diplomados, não parece existir pressão para que os reformados retornem ao mercado de trabalho, ou que o Processo de Bolonha venha a implicar alguma mudança nesse estado de coisas.

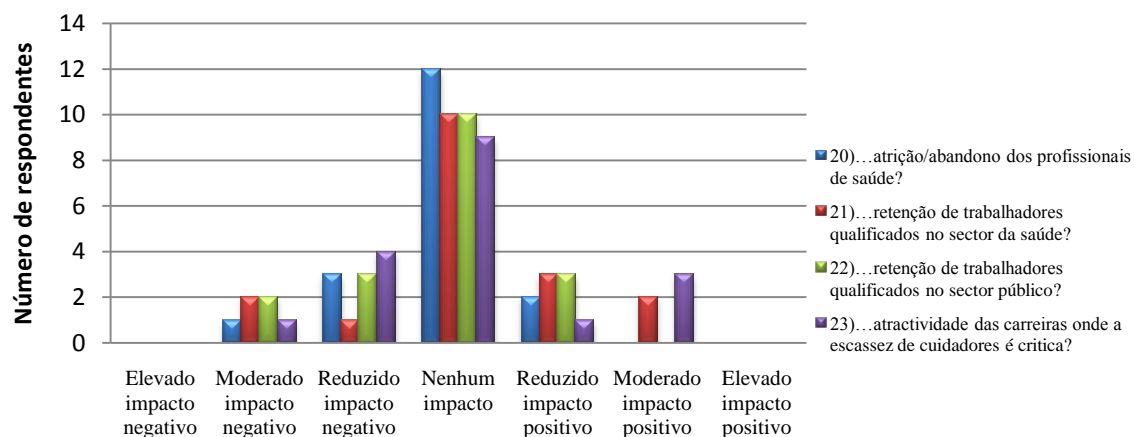
Quanto ao número de trabalhadores que retornam ao sector saúde, as respostas também foram expressivas ao atribuir a Bolonha um impacto nulo.

## 2.3 Desenvolvimento da força de trabalho

Esta dimensão integra as subdimensões: *Retenção, Supervisão/gestão, Compensação, Apoio sistémico, Equidade.*

## Retenção (questões 20 a 23)

Gráfico 5 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Retenção"



Nesta subdimensão, os elementos do grupo de informadores houve também alguma homogeneidade das respostas às perguntas, sendo que para todas as questões foi atribuído maioritariamente um impacto nulo.

Assim, na questão relativa à atração/ abandono dos profissionais de saúde, os respondentes atribuíram na sua maioria impactos nulos.

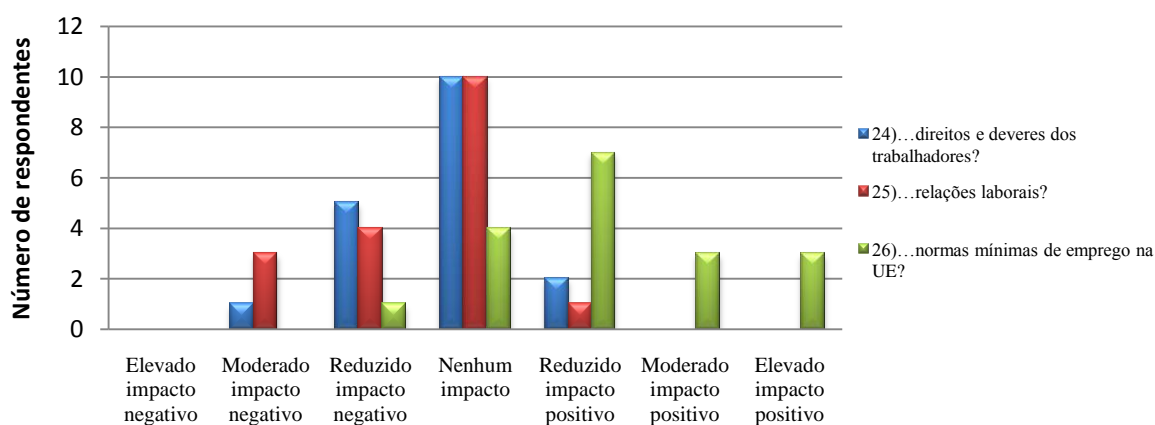
Relativamente à retenção de trabalhadores qualificados no sector da saúde, a maioria dos respondentes atribuiu também impacto nulo. Dos comentários, há a salientar que um dos respondentes que atribuiu impacto negativo é da opinião que a menor valorização de um primeiro ciclo poderá criar dinâmicas menos atractivas.

Na questão relativa à retenção de trabalhadores qualificados no sector público os respondentes também atribuíram maioritariamente impacto nulo (tendo todo o grupo dos alunos atribuído impacto nulo sendo que nos restantes grupos as opiniões quanto aos efeitos nesta área se encontram mais divididas). Sendo de salientar os comentários tecidos pelos respondentes que atribuíram impacto negativo que justificaram a sua opção pelo facto da promoção da Mobilidade, ao nível europeu, estar associada às diferenças nas condições de trabalho e de remunerações que levará á saída de quadros mais qualificados. Por outro lado, a facilidade na transferência de créditos, e reconhecimento da formação ao longo da vida poderá contribuir para a saída de profissionais se estes não se sentirem recompensados.

Relativamente ao efeito na atractividade das carreiras onde a escassez de cuidadores é crítica, metade dos respondentes atribuíram um impacto nulo, sendo que os restantes se dividiram entre impacto negativo e positivo. De salientar que nos comentários tecidos quanto aos efeitos negativos, os respondentes referiram que a Enfermagem poderá vir a tornar-se “*um curso complicado o que poderá levar a uma mudança de perspectiva face a outras oportunidades*”. Outro comentário referiu que a possibilidade de uma menor valorização do 1º ciclo poderá “*criar dinâmicas menos atractivas*”.

### Supervisão/gestão (questões 24 a 26)

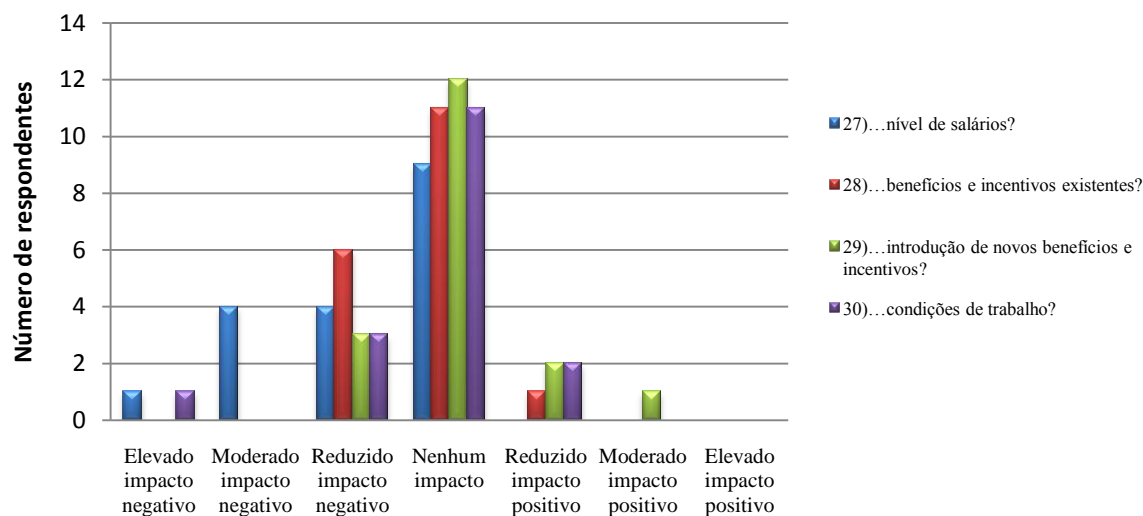
**Gráfico 6 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Supervisão/gestão"**



Nesta subdimensão, realça-se que, no que se refere às questões relacionadas aos direitos e deveres dos trabalhadores e relações laborais, os respondentes atribuíram maioritariamente impactos nulos. Nestas duas questões, foram tecidos comentários quanto aos seus impactos negativos salientando que o primeiro ciclo, estando desvalorizado no contexto português, poderá aumentar o desequilíbrio nos vínculos laborais. Outro respondente é da opinião que Bolonha poderá contribuir para desqualificar no mercado, retirando direitos aos profissionais e desresponsabilizando-os face aos deveres. Neste sentido, a desvalorização do primeiro ciclo pode aumentar os desequilíbrios nos vínculos laborais. Relativamente às normas mínimas de emprego na UE, os respondentes atribuíram maioritariamente impactos positivos associados a um aumento da formação na enfermagem na Europa, tornando-se a formação no ensino superior, um requisito para acesso à profissão.

## Compensação (Questões 27 a 30)

Gráfico 7 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Compensação"



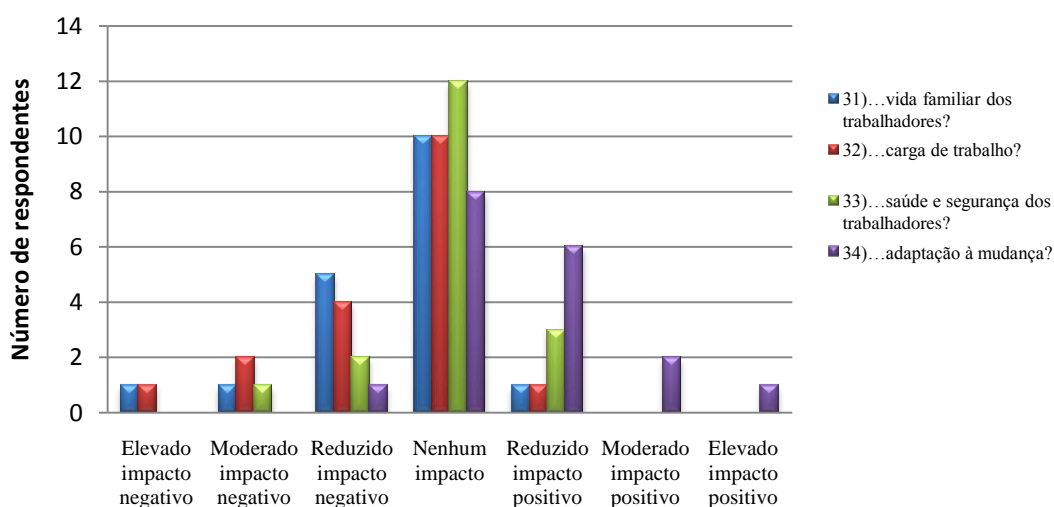
Na subdimensão compensação, a maioria dos respondentes atribuiu impacto nulo em todas as questões, excepto na questão relativa ao nível de salários em que metade dos respondentes atribuiu impacto nulo e outra metade impacto negativo.

A questão relativa aos efeitos nos salários foi aquela que suscitou maior divisão por parte dos respondentes, sendo que os grupos dos professores, sindicatos e ordem atribuíram maioritariamente impactos negativos e os restantes impactos nulos. O principal motivo que foi referido, como sendo responsável por esse efeito negativo foi a manutenção do 1º ciclo como nível para acesso à profissão. Este é considerado como um recuo na tendência de valorização social da profissão (outras profissões saem para o mercado de trabalho com o 2º ciclo), sendo uma das consequências a maior dificuldade na negociação salarial. É também referido a maior concorrência e a existência de áreas do conhecimento sobrepostas como justificação para um impacto negativo a nível salarial.

Quanto às questões relativas aos efeitos nas condições de trabalho, nos benefícios e incentivos existentes e introdução de novos benefícios e incentivos, foi referida pela maioria como tendo um efeito nulo. É de salientar que, nas perguntas relacionadas com os efeitos nos benefícios e incentivos existentes e introdução de novos benefícios e incentivos, todas as associações de estudantes questionadas atribuíram impacto nulo, enquanto os restantes grupos se dividiram quanto aos potenciais efeitos nesta área.

## Apoio sistémico (Questões 31 a 34)

Gráfico 8 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Apoio sistémico"

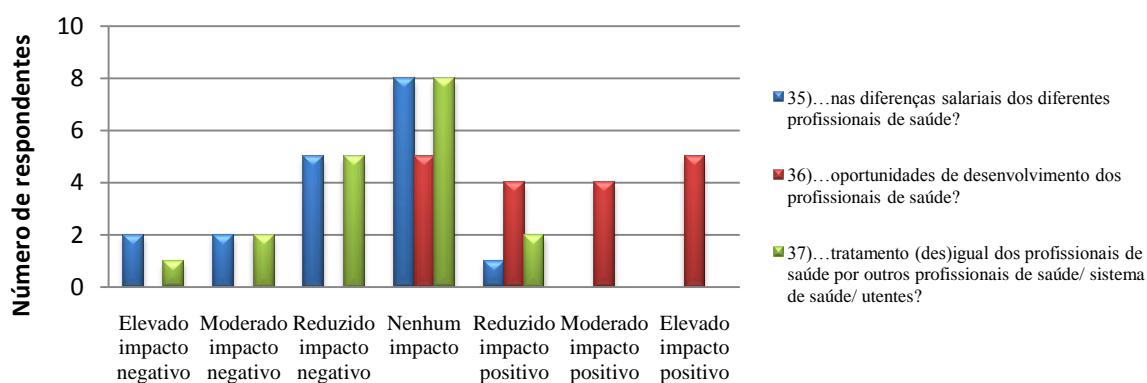


Na subdimensão apoio sistémico, os respondentes atribuíram maioritariamente impacto nulo aos impactos na vida familiar, na carga de trabalho (é interessante verificar a diferente visão atribuída a estas duas questões quer pela O.E. quer pelos sindicatos que atribuíram um efeito negativo) e saúde e segurança dos trabalhadores tendo sido salientado a existência de outros factores, que não Bolonha, com efeitos nessas áreas.

Sobressai, nesta dimensão, o efeito positivo atribuído à adaptação à mudança, apesar de 8 respondentes terem atribuído impacto nulo. Neste sentido foi comentado que “*o perfil de formação e a flexibilidade de percursos*”, bem como “*a adopção de lógicas de formação baseadas na aquisição de competências*” “*transversais*” “*serão favoráveis a uma mais rápida adaptação à mudança*”.

## Equidade (Questões 35 a 37)

Gráfico 9 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Equidade"



Nesta subdimensão, as respostas dividiram-se. Na questão relativa aos efeitos nas diferenças salariais dos diferentes profissionais de saúde, oito respondentes atribuíram impacto nulo e nove, impacto negativo. Foi salientado que o facto de a enfermagem ter acesso ao mercado de trabalho com o primeiro ciclo se irá reflectir nas diferenças salariais com as outras profissões que sairão para o mercado de trabalho com o 2º ciclo. Nesta questão, é interessante verificar as diferentes perspectivas dos respondentes dados que todas as Associações de Enfermeiros que responderam atribuíram um impacto nulo, enquanto os restantes atribuíram maioritariamente efeitos negativos.

Relativamente aos efeitos nas oportunidades de desenvolvimento, a maior parte dos respondentes atribuíram impacto positivo, resposta que foi unânime dentro do grupo dos professores. Foi salientado que Bolonha permitirá diversificar as possibilidades de percursos formativos, bem como valorizar a formação ao longo da vida. Por outro lado, o processo de Bolonha, associado à alteração da lei de Bases do Ensino, veio possibilitar ao Ensino Politécnico a realização de cursos de mestrado, o que permitiu a concretização de cursos de 2º ciclo (mestrados) com especialização do conhecimento profissional – integrando as especialidades. Finalmente, foi referido que Bolonha irá pressionar os profissionais a investir mais na sua formação.

Por fim relativamente aos efeitos no tratamento (des)igual dos profissionais de saúde por outros profissionais de saúde/ sistema de saúde/ utentes, oitos dos respondentes atribuíram impacto nulo (opinião unânime dentro do grupo das associações de enfermeiros). Oito respondentes são da opinião que Bolonha terá impactos negativos e justificam essa opinião, comentando que a interprofissionalidade não foi conseguida com o processo de Bolonha e que as diferenças entre as profissões podem vir a ser acentuadas pelo facto de os enfermeiros saírem para o mercado de trabalho com o primeiro ciclo.

## 2.4 Performance da Força de Trabalho

Esta dimensão integra as subdimensões: *Produtividade, Cobertura, Competência e qualidade técnica dos cuidados prestados, Capacidade de Resposta.*

### **Produtividade (Questão 38)**

Da subdimensão produtividade, foi questionado se Bolonha terá potenciais efeitos na produtividade da força de trabalho de Enfermagem em Portugal. A maior parte dos respondentes atribuiu impacto nulo. Quatro respondentes atribuíram impacto positivo, referindo que esse efeito positivo se poderá verificar se existir uma melhoria na preparação dos profissionais e se esta for aliada a condições de trabalho adequadas. Por outro lado, uma maior concorrência, associada a uma maior competência e gestão poderão contribuir para melhores cuidados. Quatro respondentes atribuíram impacto negativo, justificando que a desmotivação gerada pelas desigualdades de tratamento esperadas no seio das equipas de trabalhadores da área da saúde pode contribuir para esse efeito negativo.

### **Cobertura (Questão 39)**

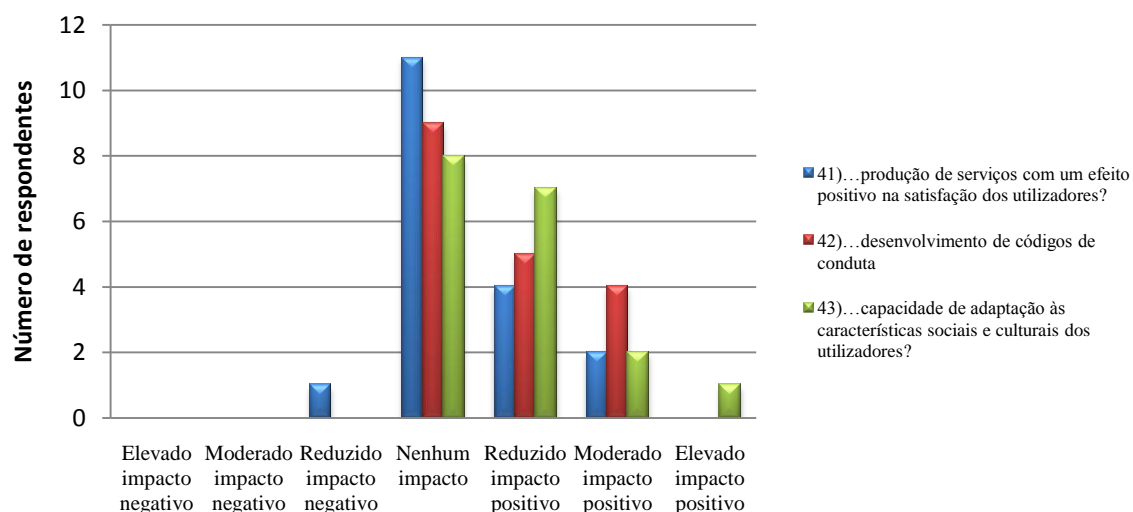
Na subdimensão cobertura, a maior parte dos respondentes atribuiu impacto nulo, quando questionados sobre os efeitos na disponibilidade de trabalhadores para todo o espectro de serviços prestados. Seis respondentes atribuíram impacto positivo, tendo sido salientado que haverá uma maior intervenção dos enfermeiros relacionada com a crescente especialização.

### **Competência e qualidade técnica dos cuidados prestados (Questão 40)**

Nesta subdimensão, quando questionados sobre os potenciais efeitos na produção de serviços com um efeito positivo na saúde dos utilizadores, os respondentes atribuíram maioritariamente um impacto nulo. Seis respondentes atribuíram impacto positivo, comentado que a formação centrada na autonomia, associada a uma prática baseada na evidência e uma maior competência e melhor gestão terão efeitos positivos. Por outro lado, foi referido que o processo de Bolonha “tanto pode produzir efeitos positivos na adequação às necessidades como negativos pelo excesso de fragmentação que pode introduzir perdendo-se a visão do todo”.

## Capacidade de resposta (Questões 41 a 43)

Gráfico 10 Número de respostas por impacto para cada pergunta da subdimensão "Capacidade de resposta"



Nesta subdimensão, os respondentes atribuíram maioritariamente um impacto nulo, quando questionados sobre os efeitos de Bolonha na produção de serviços, com um efeito positivo na satisfação dos utilizadores. Os respondentes que atribuíram impacto positivo (6 respondentes) comentaram que uma formação, centrada na autonomia, associada a uma maior competência e melhor gestão, terão efeitos positivos.

Na questão seguinte, relativa ao desenvolvimento de códigos de conduta, os respondentes dividiram-se, destacando-se os professores e os estudantes que atribuíram maioritariamente efeito positivo e os restantes, efeito nulo.

Relativamente à capacidade de adaptação às características sociais e culturais dos utilizadores, os respondentes dividiram-se entre impactos nulos (oito respondentes) e impactos positivos (dez respondentes). Os respondentes, que atribuíram impacto positivo, referiram que os programas de mobilidade bem como uma formação centrada nos princípios de autonomia podem contribuir para aumentar a sensibilidade dos profissionais de enfermagem às características sociais e culturais dos utilizadores.

### 2.5 Saída

Esta dimensão integra as subdimensões: *Emigração, Atrição/abandono, Reforma.*

### **Emigração** (Questão 44)

Quando questionados sobre os efeitos de Bolonha no número de trabalhadores que emigram, metade dos respondentes atribuíram um impacto positivo, tendo salientado a facilidade no reconhecimento de graus e diplomas na Europa que contribuirá para maior mobilidade dos profissionais. Por outro lado, foi também comentado que a mobilidade, durante os períodos de formação, e as condições sociais e económicas no país têm promovido uma maior emigração de profissionais de saúde. Quatro respondentes atribuíram impacto negativo, referindo que os efeitos positivos de adaptação, desenvolvimento de autonomia, favorecimento de atitudes empreendedoras, facilidade na comparabilidade de graus e diplomas, conjugados com um acesso actual mais difícil e precário ao mercado de trabalho, vão reforçar a tendência de saída dos profissionais formados.

### **Atrição/abandono** (Questões 45 a 46)

Quando questionado sobre os potenciais efeitos de Bolonha na saúde e na saída precoce de enfermeiros do mercado de saúde, a maior parte dos respondentes atribuiu um impacto nulo às duas questões desta subdimensão.

### **Reforma** (Questões 47 e 48)

Relativamente a esta subdimensão, foi questionado ao grupo de informadores chave se o processo de Bolonha teria efeitos na idade da reforma da força de trabalho de Enfermagem em Portugal, ou no número de trabalhadores que solicitam reforma antecipada, tendo a maioria dos respondentes atribuído um impacto nulo.

### **Outros** (Questões 49 a 53)

As restantes questões não se enquadravam totalmente no quadro conceptual utilizado, no entanto foram sugeridas pelo grupo de peritos como questões a serem abordadas numa avaliação de impacto.

As três questões seguintes estão relacionadas com as despesas com o sector da saúde, tendo sido atribuído, pela maioria dos respondentes, efeitos nulos ao processo de Bolonha (foi atribuído impacto nulo pelas 5 associações de enfermeiros que responderam a estas questões). Os respondentes, que atribuíram impacto negativo,

comentaram que poderá haver aumento com os custos da formação e com o pessoal mais especializado.

Por fim, quanto aos efeitos do processo de Bolonha na sustentabilidade económica do sector, a maior parte dos respondentes atribuíram impacto nulo. Mais uma vez, foi salientado o aumento da despesa quer com a formação dos trabalhadores quer com o pessoal mais especializado. Noutro comentário é referido que a sustentabilidade económica do sector pode ficar em causa devido à diminuição da qualificação dos seus trabalhadores.

## 2.6 Comentários à matriz

Foi solicitado aos respondentes que acrescentassem outros aspectos da força de trabalho em enfermagem importantes que não foram incluídos na matriz.

Dos comentários sugeridos, alguns estavam orientados especificamente para o processo de Bolonha e outros para a força de trabalho de Enfermagem. As respostas obtidas foram categorizadas, de acordo com o quadro teórico de referência seleccionado e foram acrescentados novos temas (em itálico).

**Quadro 4 Aspectos da força de trabalho de Enfermagem não incluídos na Matriz**

<b>Aspectos relacionados com o processo de Bolonha:</b>	
<i>Interacção com outras políticas:</i>	“É muito difícil avaliar estes aspectos reportando-os apenas a efeitos de Bolonha, ignorando as políticas económicas, de saúde e laborais que condicionam muito destes aspectos. Bolonha pode potenciar positivamente e negativamente os mesmos aspectos em função do modo como os governos operacionalizam as políticas nos respectivos sectores fazendo sobressair as vertentes mais positivas e ou explorando os efeitos perversos.” (resp. 17)
<b>Entrada</b> <u>Educação/ Re-treinamento:</u>  <i>Contextos de formação</i>	“Reflectir para além da interprofissionalidade, isto é, a importância atribuída ao relacionamento entre os profissionais de saúde na dimensão do trabalho, também a interdisciplinaridade, e aqui a partir dos contextos da formação (Politécnico / Universidade), com consequente reflexão/ estudo das relações dos actores intervenientes destes processos. Desta forma teríamos uma visão mais consistente das implicações do PB no âmbito da Força de Trabalho em Saúde.” (resp. 9)
<i>Carga horária</i>	“... o processo de Bolonha é uma autêntica fraude que apenas serve para sobrecarregar alunos que já não se encontravam com a vida facilitada. A carga horária tornou-se absurda...” (resp. 16)
<b>Saída</b> <u>Emigração</u>	“Acredito que o único benefício para os enfermeiros é a circulação pelo mercado de trabalho Europeu... ..facilita o processo de emigração e procura de emprego no estrangeiro.” (resp. 16)
<b>Aspectos gerais relacionados com RHS:</b>	
<b>Desenvolvimento da força de trabalho</b> <u>Supervisão/ gestão</u>	As dinâmicas de multiprofissionalidade e complementaridade no seio das equipas de saúde (resp. 15)

<u>Compensação</u>	Inícios de carreira muito mais mal pagos que outros (resp.13)
<b>Performance da força de trabalho</b> <u>Capacidade de resposta</u>	Avaliação do impacto de ganhos em saúde da população (resp. 14) Grau de satisfação da população (resp. 14)
<b>Saída</b> <u>Atrição/ abandono</u>	A saúde mental dos enfermeiros pressionados num meio interdisciplinar cada vez mais competitivo e agressivo (resp.13)
<i>Satisfação profissional</i>	A satisfação profissional (resp. 15)

## 2.7 Recomendações para maximizar efeitos positivos

A segunda parte do questionário solicitava aos respondentes que desenvolvessem recomendações para maximizar os efeitos positivos, tendo por base os dados descritos na matriz. Neste sentido, as respostas obtidas foram também categorizadas, de acordo com o quadro teórico de referência seleccionado, existindo, no entanto, a possibilidade de novos temas serem acrescentados (em itálico).

**Quadro 5 Recomendações para maximizar os efeitos positivos**

<b>Subdimensão afectada</b>	<b>Recomendações para maximizar os efeitos positivos:</b>
<b>Planeamento:</b> <i>Articulação/ estabelecimento de redes entre as IES e Instituições de saúde</i>	“criando dinâmicas de: rede, de rentabilização de recursos e de consolidação de dimensão (ou massa) crítica, entre as IES”; “Promoção de dinâmicas multidisciplinares de formação e investigação em saúde, em articulação com o MS e o INSA e outras entidades”; “Apoio ao estabelecimento de consórcios entre as Instituições de Ensino Superior / Instituições de Saúde”; “Apoio a uma política de articulação das Unidades/Centros de I&D – intra e interdisciplinar; nacional e internacional” (Resp. 15).
<i>Necessidades de cuidados de enfermagem</i>	“Conhecer as necessidades em cuidados de enfermagem da população residente em Portugal” “Enquadrar politicamente o contributo da enfermagem para a promoção do estatuto do cidadão no sistema de cuidados” (Resp9) “Aumentar a visibilidade do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, em todo o seu espectro” (Resp10)
<i>Desenvolvimento de SI</i>	“existência de um sistema de informação que reconheça a linguagem classificada da prática de enfermagem, num sistema de informação que importa estar cada vez mais acessível ao cidadão” (Resp9)
<b>Educação:</b> <i>Qualidade</i>	“Garantir a qualidade do desenvolvimento de competências e consequente certificação” (Resp. 9)
<i>Padrões de formação inicial</i>	“Reflexão e construção dos padrões globais de formação inicial, nas suas dimensões transversais/comuns e específicas, para as diferentes disciplinas da saúde” (Resp. 15)
<i>Formação ao longo da vida</i>	“Desenvolvimento de formas flexíveis de formação como resposta às necessidades de formação ao longo da vida” (Resp. 4) “Alargamento do espectro da formação ao longo da vida” (Resp14) “Efectivar a formação continua ao longo da vida” (Resp. 6)
<i>Integração no Ensino</i>	“Integrar a enfermagem no ensino superior universitário” (Resp. 13)

<p><i>Universitário</i></p> <p><i>Participação dos alunos</i></p> <p><i>Formação adequada às necessidades de cuidados de enfermagem</i></p> <p><i>Formação integrada no contexto</i></p> <p><i>Aplicação do processo de Bolonha</i></p>	<p>“ Bolonha implica uma participação mais activa dos alunos. Esta só se consegue se os alunos estiverem nos cursos de eleição e motivados para aprenderem” (Resp. 12)</p> <p>“Desenvolvimento de respostas de formação e investigação, adequadas às necessidades em cuidados de enfermagem (actuais e projectadas)” (Resp. 15)</p> <p>“Assegurar a formação especializada do grupo profissional dos enfermeiros como dimensão que garanta um desenvolvimento profissional equilibrado e integrado na diversidade de contextos onde a enfermagem é exercida” (Resp.9)</p> <p>“formação efectivamente centrada na aprendizagem dos estudantes, de acordo com os princípios preconizados pela Declaração de Bolonha, e não apenas transpor os mesmos percursos formativos, agora apresentados somente numa nova linguagem” (Resp. 4)</p> <p>“Reforço da formação com perspectiva europeia: uma formação que promova a internacionalização dos estudantes e docentes (incoming e outgoing)” (Resp. 4)</p> <p>“O Processo de Bolonha, apenas mudou a organização dos temas, rótulos atribuídos às unidades curriculares. Na prática continua quase tudo igual. Os professores transmitem os conhecimentos da mesma forma. Por isso, o que é necessário é dotar os docentes de ferramentas pedagógicas que lhes permitem adequar o ensino/aprendizagem aos pressupostos de Bolonha.” (Resp.12)</p> <p>“Adequação dos planos de estudo, revisão das competências a converter em ECTS, remuneração justa e comissões de acompanhamento da evolução da aplicação no terreno de Bolonha” (Resp.8)</p> <p>“Aplicar os princípios de Bolonha no currículo no sentido de obter uma mudança educacional efectiva” (Resp13)</p> <p>Facilitar a mobilidade para formação, a nível internacional, de enfermeiros (Resp13)</p>
<p><b>Performance da força de trabalho</b></p> <p><i>Desenvolvimento profissional</i></p>	<p>“Operacionalização dos percursos formativos, nomeadamente a formação a nível do 1º e 2º ciclo com o Novo Modelo de Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros” (Resp4)</p> <p>“Maior e melhor informação das oportunidades de desenvolvimento dos profissionais de saúde, que as instituições e os próprios profissionais poderão usufruir”</p> <p>“Algumas das oportunidades de desenvolvimento a todos os níveis, dos profissionais de saúde, existentes nas instituições, não são devidamente certificadas” (Resp5)</p> <p>“Criar instrumentos que permitam dinamizar e valorizar os portfolios individuais” (Resp6)</p> <p>“Assegurar a formação especializada do grupo profissional dos enfermeiros como dimensão que garanta um desenvolvimento profissional equilibrado e integrado na diversidade de contextos onde a enfermagem é exercida”</p> <p>“Garantir a qualidade do desenvolvimento de competências e consequente certificação, com integração da formação avançada e do reconhecimento da prática baseada na evidência como estratégia para o desenvolvimento adequado dos processos de cuidar independentemente dos contextos onde os cuidados ocorram” (Resp9)</p>
<p><b>Compensação</b></p>	<p>“remuneração justa” (Resp8)</p>
<p><b>Atrição/abandono</b></p>	<p>“Melhor a legislação de protecção à saúde laboral dos enfermeiros” (Resp13)</p>

## 2.8 Recomendações para minimizar efeitos negativos

**Quadro 6 Recomendações para minimizar os efeitos negativos**

<b>Subdimensão afectada</b>	<b>Recomendações para minimizar os efeitos negativos:</b>
<i>Valor social da profissão</i>	<p>“Demonstração de vontade política no reconhecimento profissional e social dos enfermeiros como força de trabalho indispensável no Sistema de Saúde.” <b>(Resp9)</b></p> <p>“Aumentar a visibilidade do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, em todo o seu espectro” <b>(Resp10)</b></p> <p>“representatividade das actividades na saúde” <b>(Resp14)</b></p>
<b>Compensação</b>	<p>Reivindicar incentivos de início de carreira para fixar bons enfermeiros <b>(Resp13)</b></p> <p>Compensar adequadamente os conhecimentos e as competências adquiridas <b>(Resp6)</b></p> <p>Valorizar o factor trabalho <b>(Resp6)</b></p>
<b>Apoio sistémico</b>	<p>Estudo das condições de trabalho dos enfermeiros <b>(Resp9)</b></p> <p>Atenção especial às relações laborais <b>(Resp14)</b></p> <p>As alterações formativas produzidas com a adopção do modelo de Bolonha poderão não surtir se as condições estruturais do desempenho da profissão (satisfação, condições de trabalho, salário e incentivos) não forem adequadamente salvaguardadas. <b>(Resp4)</b></p>
<b>Planeamento</b>	<p>reforço da articulação entre o domínio da formação e o da inserção no mercado de trabalho <b>(Resp4)</b></p> <p>Ajustar o ensino adequando-o a realidade do mercado de <b>(Resp6)</b></p> <p>As fracas perspectivas dos alunos face ao futuro também dificultam este tipo de metodologia <b>(Resp12)</b></p> <p>Gerar condições para motivar a empregabilidade dos enfermeiros em Portugal <b>(Resp13)</b></p>
<i>Necessidades de Cuidados de Enfermagem</i>	<p>Estudo das condições de trabalho dos enfermeiros em articulação com o conhecimento das necessidades de cuidados de enfermagem na população portuguesa (Estudo referido anteriormente) com o imperativo em que se constitui o Diagnóstico de necessidades em recursos humanos (Enfermeiros) <b>(Resp9)</b></p>
<b>Educação</b>	<p>Fiscalização, ou melhor fiscalização, da utilização dos fundos atribuídos para a formação de profissionais, nas instituições público-privadas. <b>(Resp5)</b></p> <p>obrigatoriedade das instituições de Ensino a publicarem a atribuição e justificação de financiamento das diversas actividades, nas quais são dispendidas as verbas, provenientes do Fundo Europeu, para o desenvolvimento de competências não só dos estudantes, mas também dos próprios profissionais da instituição <b>(Resp5)</b></p> <p>Integração dos resultados da Avaliação e Acreditação das Instituições de Ensino Superior, promovendo a garantia da qualidade da formação em enfermagem, tornando-a competitiva a nível europeu e internacional <b>Resp9:</b></p> <p>Criar condições de apoio à formação contínua dos enfermeiros nas instituições <b>Resp13:</b></p> <p>Incutir nos estudantes o desejo pela aprendizagem <b>(Resp12)</b></p>
<b>Atrição/abandono</b>	<p>Proteger a saúde dos enfermeiros num contexto de trabalho cada vez mais agressivo <b>(Resp13)</b></p>

## **IV - Discussão e conclusões**

Os efeitos que foram descritos pelo grupo de informadores chave bem como os dados recolhidos da literatura têm que ser analisados com cautela. Segundo Mayne (2001), é difícil determinar com exactidão a medida com que um programa do governo contribui para um determinado resultado, mesmo com um estudo de avaliação cuidadosamente concebidas. Reconhecendo essa dificuldade, é possível determinar com alguma segurança qual a influência de um programa para um resultado específico, assumindo que existem outros factores que podem contribuir para esse mesmo resultado (Mayne, 2001). Para o autor, a avaliação no sector público deve estar direccionada para a redução da incerteza, por aumentar o conhecimento sobre determinado programa, mesmo não sendo possível provar em termos absolutos as relações encontradas. Neste sentido, há a necessidade de recorrer a métodos qualitativos que permitam aumentar esse conhecimento e confrontá-lo com a literatura existente para dar maior consistência às nossas conclusões.

No caso específico do processo de Bolonha, é importante compreender que alguns dos impactos referidos podem estar relacionados com outros factores, ou que podem existir, para alguns efeitos, outras políticas com peso mais elevado que o processo de Bolonha, conforme foi salientado no quadro conceptual.

Apesar da implementação do processo de Bolonha estar em curso, esta não é consensual entre os diferentes actores na enfermagem em Portugal. Conforme foi referido anteriormente, as escolas de enfermagem adoptaram para o primeiro ciclo de formação uma duração de 4 anos (correspondente a 240 ECTS) (O.E., 2008). O segundo ciclo oferece a possibilidade de realização de 2 tipos de mestrado, o mestrado académico, na Universidade, e um mestrado com características de orientação profissionalizante no ensino politécnico (Amendoeira, 2009). Um terceiro ciclo compreende os seguintes programas de Doutoramento: Doutoramento em Ciências de Enfermagem no ICBAS (Universidade do Porto), Programa de Doutoramento em Enfermagem (na Universidade de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, desde 2004) e Curso de Doutoramento em Enfermagem criado em 2004 e adequado a Bolonha em 2007 (na Universidade Católica, através do Instituto de Ciências da Saúde) (Amendoeira, 2009).

Este era, segundo Amendoeira (2009), a única decisão possível respeitando o enquadramento legal, a construção histórica da disciplina e da profissão, as autonomias científica e pedagógica e a própria competência para o fazer. No entanto, essa não é uma opinião consensual. De acordo com Deodato (2006), a enfermagem, tal como outras áreas, vive hoje um período de mudança relacionado com a implementação do Processo de Bolonha. Este autor afirma que, considerando o 1º ciclo como o necessário para a entrada no mercado de trabalho, este deve, de acordo com o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), proporcionar a adequada formação para intervenção em situações novas, complexas e em contextos alargados e multidisciplinares. Este ponto estava já descrito no decreto-lei 353/99, onde era referido no artigo 5 nº1 que “o curso de licenciatura em Enfermagem visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais”. Continuado no nº 2, “o curso visa ainda assegurar a formação necessária: a) À participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; b) À participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; c) Ao desenvolvimento da prática da investigação no seu âmbito”. Estas funções são reiteradas nas “Competências do enfermeiro de cuidados gerais” no Artigo 9 nº 6 (O.E., 2003). Tendo a definição destas competências por base, Deodato (2006) afirma que, analisando o decreto-lei 74/2006 artigo 15 (regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior), os descritores para o exercício profissional dos enfermeiros de cuidados gerais se inscrevem no 2º ciclo de formação (ver Anexo IX). Esta posição é partilhada pela Ordem dos Enfermeiros que, em 2006, no documento “Lei de Bases do Sistema Educativo: Enquadramento do Ensino de Enfermagem/acesso à profissão – Processo de Bolonha: Tomada de Posição” afirma que o “1.º ciclo de estudos (licenciatura) não garante as condições para acesso à profissão, pelo que só com a formação de 2.º ciclo se considerará que o candidato ao exercício da profissão reúne as condições de formação inicial necessárias”(O.E., 2006). Esta posição foi, mais tarde, reiterada no documento “Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008-2012” (O.E., 2008), onde se afirma que um dos objectivos estratégicos da Ordem é “garantir a continuidade do processo de desenvolvimento do ensino de enfermagem, reconhecendo ao abrangente objecto da formação pré graduada em enfermagem condições de adequação a um 2º ciclo de estudos”.

Tendo estes aspectos em mente, passamos à discussão dos resultados obtidos com a aplicação do questionário. Estes foram complementados com dados de outras fontes, bibliográficas e documentais, seguindo o modelo teórico para análise das diferentes dimensões e subdimensões.

## Entrada na força de trabalho

Esta dimensão integra as subdimensões: *Planeamento, Educação/ re-treinamento, Recrutamento.*

### **Planeamento**

Nesta dimensão, o painel de informadores atribuiu maioritariamente impactos positivos a questões relacionadas com acesso a programas de educação especializada, acesso a formação contínua e atracção de candidatos estrangeiros/ nacionais. Impactos negativos aos custos com a formação. Impactos nulos ao acesso a programas de educação público/ privado, à oferta/composição da força de trabalho, ao desenvolvimento de um sistema de informação em Recursos Humanos de Saúde e no desenvolvimento do planeamento da força de trabalho em saúde.

Relativamente ao acesso aos programas de educação públicos/ privados, nos últimos anos, o número de vagas para o curso de enfermagem (sistema público e privado) teve um grande aumento. Os dados existentes, não nos permitem afirmar ou negar a sua relação com Bolonha, no entanto este aumento está associado ao número de novos cursos de Enfermagem que abriram (para o ano lectivo 2008/2009 existiam 42 cursos, dos quais 21 do ensino público, 1 do militar, 2 do concordatário (Católica) e 18 privadas (O.E., 2008)).

Um dos respondentes atribuiu a Bolonha um impacto positivo referindo que a *“médio/ longo prazo poderá vir a reduzir a procura, o que sendo positivo, no sentido da regulação da qualidade da oferta formativa poderá ser indicativo de menor interesse pela profissão”*. De facto, essa é uma tendência que já se vem a observar no período pré-Bolonha no ensino público e que, de acordo com este respondente, pode vir a ser acentuada (

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Nº de candidatos	4.114	4.025	3.754	3.445	3.452	3.616	3.595	3.376	2.724	2.579
Nº de Vagas	1492	1931	2066	2056	2091	2130	2168	2165	2147	2095

Quadro 7). Por outro lado, com a alteração da legislação relativamente aos concursos especiais tais como acesso aos maiores de 23 anos ao Ensino Superior (Decreto-Lei 64/2006) poderemos ver alterado o perfil dos alunos e consequentemente dos profissionais, não só de enfermagem mas também de outras áreas. Neste sentido será pertinente avaliar se esta mudança de perfil nos estudantes é significativa e quais as suas consequências na Enfermagem.

**Quadro 7 Nº de Candidatos em 1ª preferência vs nº de Vagas entre 2000 e 2009**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº de candidatos	4.114	4.025	3.754	3.445	3.452	3.616	3.595	3.376	2.724	2.579
Nº de Vagas <sup>23</sup>	1492	1931	2066	2056	2091	2130	2168	2165	2147	2095

**Fonte:** DGES 2010. Acesso ao Ensino Superior – Dez anos de concurso nacional: 2000-2009. Lisboa: DGES-MCTES.

Mais de metade dos respondentes expressam a opinião que Bolonha terá um impacto positivo no acesso a programas de estudos especializados, apontando como justificação para isso, a integração das especialidades no 2º ciclo. Esta opinião é corroborada por Amendoeira (2009) que afirma que o processo de Bolonha cria a possibilidade de realização de dois tipos de 2º ciclo, um académico e outro no ensino politécnico com características de orientação profissionalizante, mas ambos numa lógica da especialização do conhecimento.

A maior parte dos respondentes (72,2%) atribuiu, a Bolonha, um impacto positivo no acesso à formação contínua. Esta questão vai ao encontro da anterior, sendo que o processo de Bolonha tornou possível a realização de especialidades que conferem o grau académico de Mestrado. Neste sentido, importa referir a construção por parte da Ordem dos Enfermeiros do MDP (Modelo de Desenvolvimento Profissional). Num artigo publicado na revista da “Ordem dos Enfermeiros” é referido que *“a actual reorganização do Sistema Educativo com vista à concretização do Processo de Bolonha, assume a mudança do paradigma de ensino – de um modelo passivo baseado na transmissão de conhecimentos para um ensino baseado no desenvolvimento de*

<sup>23</sup> Incluídas as vagas reservadas ao 2º semestre.

*competências, a valorização e o reconhecimento da aprendizagem ao longo da vida assegurado pela atribuição de créditos, valorizando a aprendizagem formal realizada e as competências adquiridas. Evidencia também a necessidade de adequar as carreiras profissionais em diversos domínios, nomeadamente revendo as suas normas de ingresso e acesso*”(O.E., 2007). A concretização deste modelo ficou facilitada pela alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros<sup>24</sup> (Lei 11/2009 de 16 de Setembro, procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril). De acordo com a Ordem, o MDP assenta em dois “pilares” fundamentais: o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem (O.E., 2009). O primeiro está relacionado com o processo de atribuição de título profissional de enfermeiro e de enfermeiro especialista, passando a “Ordem a deixar de atribuir títulos profissionais de forma administrativa”, criando “um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT) que permitisse uma certificação de competências de enfermeiro e de enfermeiro especialista” (O.E., 2009). O Sistema de Individualização de Especialidades irá conduzir à construção de referenciais de competências do enfermeiro especialista. Este sistema “cria condições para o surgimento de novas especialidades que permitam a adequação das respostas em enfermagem a novas necessidades de resposta em saúde” (O.E., 2009). Neste sentido, apesar de não ser uma consequência directa do processo de Bolonha, este pode ter contribuído para um abrir portas a uma regulação da formação ao longo da vida na Enfermagem. Além deste aspecto, o Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho, que Aprova o Regime Jurídico dos Graus e diplomas do ensino superior, deixa portas abertas a que se possam frequentar unidades curriculares isoladas, quer pelos alunos inscritos no curso quer por outros alunos, permitindo desse modo que cada profissional complete a sua mala de saberes, sendo essa formação objecto de certificação (artigo 46).

Quanto aos custos com a formação, a maioria dos respondentes atribuiu um impacto negativo. Em Portugal, existem pouco dados que permitam saber quanto custa formar um Enfermeiro antes e após o Processo de Bolonha. O grupo de informadores chave seleccionados salientou o aumento dos custos com a formação, principalmente a nível

---

<sup>24</sup> O artigo 6º nº 8 diz: “Aceite a inscrição, é emitida cédula profissional provisória assinada pelo bastonário, aplicando -se o regime do período de exercício profissional tutelado que será regulamentado nos termos do artigo 7.º, a todos os inscritos que não comprovem exercício anterior efectivo da profissão por um prazo de duração mínima igual ao previsto nesse regime.”

do 2º ciclo, dado que este não é exigido para o exercício profissional da enfermagem em Portugal. No entanto, mesmo a nível do primeiro ciclo essa comparação será difícil de fazer porque são poucos os dados disponíveis<sup>25</sup>.

**Quadro 8 Despesas de educação totais por ano por tipo de ensino e por área científica (Euros)**

	Universitário público	Politécnico público	Universitário privado	Politécnico privado	Total
Artes, Humanidades, Línguas, etc.	1170,0	1271,5	3572,9	3128,4	1826,8
Ciências	1135,8	1235,0	4163,3	2586,7	1438,8
Gestão, Ciências Computacionais	1077,5	954,7	3361,5	3109,2	1539,2
Ciências Sociais, Direito	1220,5	1025,6	3481,4	3139,3	2250,6
Engenharia e outros cursos técnicos	1222,3	1023,2	3717,5	3216,9	1290,3
Educação	1151,0	986,4	2996,7	3181,3	1686,4
Medicina, Medicina Dentária, Farmácia	1454,0	1340,0	4807,5	5321,5	2058,9
<b>Enfermagem</b>	<b>2179,9</b>	<b>1028,6</b>	<b>4983,9</b>	<b>4429,3</b>	<b>2845,0</b>
Total	1208,8	1033,8	3658,8	3509,8	1843,3

Fonte: CERDEIRA, L. 2009. *O Financiamento do Ensino Superior Português*, Coimbra,

Num estudo realizado por Cerdeira (2009), esse aspecto, é referido sendo que, na opinião da autora, seria útil a aplicação periódica de um questionário sobre custos dos estudantes no ensino superior. Nesse estudo, é interessante verificar que, em 2005, considerando as despesas Totais com educação (despesas com propinas, taxa de matrícula, despesas com livros e outros materiais escolares, despesas com equipamentos e visitas de estudo) por área científica, no ensino Universitário Público, são os alunos de enfermagem e outras profissões de saúde (excluindo medicina, medicina dentária e farmácia) que apresentam os custos com educação mais elevados (Quadro 8). No ensino privado, estes mantêm-se como os cursos com despesas totais com educação mais elevados.

<sup>25</sup> Num documento publicado na página do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/09/14/oe-rhs/>) enviado pelo Grupo de Trabalho da Ordem dos Enfermeiros para o PNS é referido que o estado investe mais de 4000€ por aluno e por ano, no entanto, desconhece-se a forma de cálculo do número apresentado. CERDEIRA, L. 2009. *O Financiamento do Ensino Superior Português*, Coimbra, Almedina.

Referindo-se ao ensino superior em Portugal na sua globalidade, a autora afirma que, no contexto internacional, a situação portuguesa não é muito vantajosa no que concerne à acessibilidade financeira dos estudantes, sendo pouco significativos os apoios recebidos, em comparação com o esforço realizado pelos estudantes e/ou suas famílias. A título de exemplo, em 2005, os custos totais<sup>26</sup> dos estudantes Portugueses representavam 28% do PIB *per-capita* de Portugal, sendo o país da Europa com valor mais elevado excepto o Reino Unido (Cerdeira, 2009). A autora prossegue, comparando esses valores, tendo em conta os apoios concedidos (através de bolsas, empréstimos, deduções fiscais) e, mais uma vez, Portugal apresenta um valor de Total de custos/ PIB *per capita* superior à maioria dos países europeus. Assim, comparando a soma dos apoios concedidos com os custos totais dos estudantes, verifica-se que, em 2005, os apoios concedidos, por aluno, suportam em média 18% dos custos totais o que, comparativamente com outros países, representa um valor baixo de apoio financeiro aos estudantes.

Estes dados levam-nos a considerar que este aspecto deve ser aprofundado em futuros estudos, no sentido de perceber qual o peso que os custos com o ensino superior têm na escolha de Portugal como país para frequentar o ensino superior e enfermagem como área de estudos.

Quanto à questão relacionada com a composição da força de trabalho, metade dos respondentes atribuiu impacto nulo. Esta questão não é objecto do Processo de Bolonha. No entanto, será expectável, não como consequência directa de Bolonha, mas do MDP, que, com a sua implementação, iremos assistir a um aumento do número de enfermeiros especialistas, uma vez que como é declarado pela Ordem dos Enfermeiros, “o desenvolvimento profissional natural é no sentido da especialização” (O.E., 2009). Por outro lado, foi salientado por um dos respondentes que atribuiu a Bolonha impacto negativo que, actualmente, a oferta já é superior à procura e que há a necessidade de avaliar a qualidade da formação destes profissionais. Estes aspectos serão analisados com mais detalhe mais à frente nesta discussão.

Metade dos respondentes atribuiu a Bolonha um impacto positivo no que se refere à atracção de candidatos estrangeiros/nacionais. Quanto à atracção de candidatos nacionais, é de salientar que, como foi referido acima, nos últimos anos tem-se assistido

---

<sup>26</sup> Inclui além dos custos com educação, os custos correntes (alojamento, alimentação, transporte, telefone e telemóvel, despesas médicas, despesas pessoais).

a um menor número de candidatos a colocar enfermagem como 1ª opção para os seus estudos. No que se refere ao atrair de candidatos estrangeiros, esse é um dos objectivos de Bolonha (Eurydice, 2010). Contudo não foram encontrados dados que confirmem essa tendência.

Quanto ao desenvolvimento de um sistema de informação em Recursos Humanos de Saúde, a maior parte dos respondentes (61,7%) atribuiu a Bolonha um impacto nulo. Apesar de este ser reconhecido por diversos autores (Dussault e Ferrinho, 2007) como uma lacuna no sistema de saúde português, o Processo de Bolonha não trouxe novidades a este respeito.

Neste sentido, na pergunta seguinte relativa ao desenvolvimento do planeamento da força de trabalho em saúde, a maioria dos respondentes atribuiu também um impacto nulo ao processo de Bolonha. Apesar de não ser o objecto deste trabalho, é de notar que, desde 2005, houve um descontinuar do trabalho desenvolvido pelo “Grupo de Missão para a Saúde” (criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98, de 4 de Dezembro). Em 2001, este grupo publicou o “Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde” que, constituía um levantamento das condições actuais do ensino superior nas áreas da saúde e desenvolvia um plano de acção que permitiria colmatar as carências e organizar o ensino naquelas áreas. Em 2005, foi conduzida uma avaliação desse plano no relatório “Revisão do Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde” (Amaral, 2005), onde se afirma, relativamente à enfermagem, que em Portugal existem “níveis perigosamente baixos de enfermeiros em cuidados de saúde primários”, “o problema da assimetria na distribuição regional de enfermeiros traduz-se numa situação com graves consequências para a saúde das populações” (p.25) “uma das consequências deste défice é a existência de grande número de enfermeiros em regime de duplo e até de triplo emprego” (p.29) “rápido crescimento dos *numeri clausi* dos cursos de enfermagem” “pode questionar-se se uma evolução tão rápida não terá criado outro tipo de problemas nomeadamente quanto à qualidade” (p.31) (Amaral, 2005). É tecida um conjunto de considerações, quanto aos caminhos a seguir no planeamento. No entanto, não se conhece continuidade deste trabalho.

### **Educação/ re-treinamento**

A maior parte dos respondentes (61,1%) atribuiu a Bolonha um impacto nulo nas taxas de atrição/abandono dos estudantes. Tendo sido referido que há uma necessidade de

obter mais informação para compreender o papel da autonomização dos estudantes no abandono do curso. Relativamente a esta temática, não foram encontradas referências. Com os dados disponíveis, verificamos que, no ano lectivo 2005/2006, o índice de sucesso escolar calculado pelo GEPEARI para curso de Enfermagem no ensino superior politécnico público (0,91<sup>27</sup>) era superior à média nacional (0,67) (GPEARI/MCTES, 2008). Reitero, no entanto, que a implementação do MDP, com a criação de um período de “Exercício Profissional Tutelado”, poderá ter consequências nesta área que não foram ainda estimadas.

Quanto à qualidade da educação, a maioria dos respondentes (55,6%) atribuiu impacto negativo, sendo referido que o processo de Bolonha não foi ainda promotor de dinâmicas de qualidade, estando a reforma introduzida limitada apenas a “uma mera métrica de duração e horas de trabalho docente/estudante”. No que concerne a esta questão, a garantia da qualidade foi desde o início deste processo um dos seus objectivos. Relativamente ao sistema de Ensino Superior Português, desde 2005 que não existia avaliação pedagógica externa. No entanto, com o objectivo de colmatar essa lacuna e acompanhar o desenvolvimento de sistemas de garantia de qualidade do ensino superior, foi criada, através do Decreto-Lei n.º 369/2007 de 5 de Novembro, a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), tendo em vista a promoção e a garantia da qualidade do ensino superior (A3ES, 2009). Esta constitui uma fundação de direito privado, independente no exercício das suas funções tendo iniciado funções em 2009 e irá em 2010 desenvolver o processo de avaliação das Instituições de Ensino Superior que fizeram os pedidos de acreditação. Sendo ainda precoce tecer qualquer consideração quanto aos efeitos que os resultados desta avaliação terão, considera-se um primeiro passo para a melhoria da qualidade no Ensino Superior que foi iniciada pelo processo de Bolonha.

Quanto ao retorno de ex-trabalhadores de saúde, metade dos respondentes atribuiu um efeito positivo, referindo que Bolonha pode contribuir para um aumento das possibilidades de transferência e reingresso bem como o reconhecimento do percurso já realizado. No entanto, não dispomos de dados que possam confirmar esta aceção.

---

<sup>27</sup> Valor obtido calculando a média do índice de sucesso escolar para curso de Enfermagem no ensino superior politécnico público.

Relativamente ao retorno de trabalhadores que emigram, as respostas dividem-se sendo que quase metade (44,4%) dos respondentes atribuiu impacto nulo, 27,8% impacto positivo e 11,2 % impacto negativo. O processo de Bolonha pretende contribuir para melhorar a mobilidade de estudantes e investigadores dentro do espaço europeu, no entanto, não conhecemos ainda os efeitos que esse fomento da mobilidade pode trazer. Por outro lado, a emigração de Enfermeiros é fenómeno recente (em termos de magnitude) que começa a ser estudado dada a sua dimensão (Conceição *et al.*, 2009), não existindo dados que nos permitam inferir sobre qual o contributo de Bolonha para o retorno ou não destes trabalhadores.

### **Recrutamento**

Relativamente a esta subdimensão, as cinco questões estão inter-relacionadas. A primeira diz respeito à entrada de trabalhadores no mercado de saúde (em que metade dos respondentes atribuiu um impacto nulo, 3 atribuíram impacto positivo e 5 impacto negativo), a segunda à saída de trabalhadores (que obteve a mesma resposta), a terceira diz respeito à entrada de trabalhadores estrangeiros (tendo 10 respondentes atribuído impacto positivo, 6 impacto nulo e 2 impacto negativo), a quarta questão relativa à saída de trabalhadores estrangeiros (14 respondentes atribuíram impacto nulo e 4 impacto positivo) e, por fim, a última questão relacionada com a distribuição geográfica dos trabalhadores (12 atribuíram impacto nulo, 4 impacto positivo e 2 impacto negativo). Quanto a esta subdimensão, é importante salientar que o processo de Bolonha está sobretudo direccionado para a mobilidade de estudantes, professores e investigadores e administrativos (Eurydice, 2010). No entanto, no seu seguimento, em 2007, o parlamento europeu adoptou as recomendações estabelecidas no “Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (QEQ)” onde é declarado que este pretendia fazer *“corresponder os sistemas de qualificações dos vários países funcionando como um dispositivo de conversão de modo a tornar as qualificações mais claras e compreensíveis entre diferentes países e sistemas na Europa. Tem dois objectivos principais: promover a mobilidade dos cidadãos entre países e facilitar a sua aprendizagem ao longo da vida.”* “O QEQ centra-se nos resultados de aprendizagem em vez de se centrar em elementos do respectivo processo, como por exemplo, a duração do estudo. Os resultados de aprendizagem são especificados em

*três categorias conhecimentos, aptidões e competência.*”(E.C., 2009). Nesse mesmo ano, foi transposto para a legislação nacional a directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho que pretende facilitar a livre circulação de trabalhadores. Passamos, assim, a ter dois documentos legais que pretendem facilitar a mobilidade de trabalhadores, com critérios diferentes<sup>28</sup>. Neste sentido e, dada esta contradição, sendo a directiva 2005/36/CE um imperativo legal, a direcção de Mercado Interno e Serviços da comissão europeia lançou um esclarecimento, onde declara que o QEQ não deve afectar o acesso ao mercado de trabalho dos trabalhadores cujas qualificações estejam contempladas na directiva 2005/36/EC (E.C., s.d.). Neste sentido, sendo a enfermagem uma profissão regulada, as qualificações destes profissionais é reconhecida ao abrigo da directiva 2005/36/CE e não do QEQ, ou seja, o processo de Bolonha não terá, neste âmbito, qualquer influência na mobilidade dos profissionais no que se refere a movimentos migratórios. No que se refere à mobilidade dentro do país, os resultados do questionário aplicado apontam para um impacto nulo de Bolonha neste tipo de mobilidade.

Não sendo o âmbito deste projecto caracterizar a mobilidade dos enfermeiros, penso que pode ser útil tecer algumas considerações sobre este assunto dado que, apesar das suas limitações, o processo de Bolonha pode ter alguma influência na mobilidade destes profissionais.

**Quadro 9 Número de Enfermeiros registados na O.E. por Nacionalidade, 2002-2008<sup>29</sup>**

Nacionalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Brasileira	122	139	151	164	186	197	211
Espanhola	1545	1815	1860	1728	1528	1362	1232
Outra	299	344	391	482	571	575	594
<b>Total</b>	<b>1966</b>	<b>2298</b>	<b>2402</b>	<b>2374</b>	<b>2285</b>	<b>2135</b>	<b>2037</b>

Fonte: CONCEIÇÃO, C., RIBEIRO, J., PEREIRA, J. & DUSSAULT, G. 2009. *Mobility of Health Professionals: National report: Portugal*. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical (ADMT). Relatório não publicado

Quanto ao movimento de entrada de enfermeiros estrangeiros, podemos verificar que, até 2004, houve um aumento do número de enfermeiros estrangeiros a trabalhar em Portugal, tendo o maior fluxo sido verificado nos enfermeiros de nacionalidade espanhola (Quadro 9). A partir de 2004, o fluxo de enfermeiros estrangeiros tem diminuído, tendo essa diminuição sido mais acentuada nos enfermeiros de

<sup>28</sup> O QEQ que tem por base os resultados da aprendizagem com base em 3 categorias: conhecimentos, aptidões e competências; e a directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, que utiliza outros critérios, no caso dos enfermeiros refere uma formação mínima de 3 anos ou 4600 horas.

<sup>29</sup> Dados colhidos para o projecto MoHProf financiado pelo 7º Programa Quadro de Investigação da Comissão Europeia. Apenas foram explicitados as nacionalidades com maior peso no contexto português.

nacionalidade espanhola. Num estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros (Alves da Silva e Fernandes, 2008), é comentado que a tendência verificada pode indicar uma diminuição da atractividade do Sistema de saúde Português para os enfermeiros, como resultado das mudanças políticas implementadas. Por outro lado, o aumento do número de enfermeiros formados em Portugal pode também ter influência na oferta de emprego nacional. Neste estudo, foi salientado, que na amostra seleccionada, os principais motivos para a imigração foram a perspectiva de aquisição de experiência profissional e o desemprego no país de origem<sup>30</sup>. Neste seguimento, nos comentários feitos pela representante do SEP (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses) entrevistada para o projecto MoHProf, afirma-se que Portugal, com as reformas em curso, possibilitou que os hospitais públicos contratassem profissionais sem a sua integração na função pública, deixando assim de apresentar vantagens relativamente a outros países (Conceição *et al.*, 2009). Ainda relativamente ao estudo conduzido pela ordem dos Enfermeiros, é interessante notar que, na amostra de 257 Enfermeiros, 36% destes afirmavam a sua intenção de regressar ao seu país de origem.

Quanto à saída do mercado de saúde, um estudo sobre empregabilidade realizado pela Ordem dos Enfermeiros refere que, numa amostra de 730 Enfermeiros, 5% destes encontravam-se a trabalhar noutras áreas que não enfermagem, sendo os principais motivos, para isso, o desemprego (66%) e auferirem melhor remuneração (18%) (Fernandes *et al.*, 2009). É também de referir que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (Marques, 2010), dos 3500 licenciados por ano, 1260 não estão efectivamente empregados como enfermeiros e mais de 455 imigram para ultrapassar o problema sendo que 42% dos jovens enfermeiros ponderam ou já ponderaram abandonar a profissão.

Por fim, relativamente à distribuição geográfica dos enfermeiros, a maioria dos respondentes deste grupo atribuiu um impacto nulo. Analisando de forma superficial esta questão, podemos referir que em Portugal existem iniquidades na distribuição destes profissionais quer em termos regionais quer entre cuidados de saúde primários e

---

<sup>30</sup> Os motivos para a imigração variam de acordo com a nacionalidade, neste documento é salientado por exemplo que para os enfermeiros de nacionalidade espanhola, os motivos se prenderam essencialmente com o desemprego dos enfermeiros em Espanha e a necessidade de adquirir experiência profissional para regressar ao País. Já para os restantes países da União Europeia e para o Brasil (e restantes países do continente Americano), os sentimentos positivos em relação a Portugal e o acompanhamento ou reunificação familiar assumem-se como os motivos mais referidos. Para os enfermeiros provenientes de países da Europa do Leste, o acompanhamento ou reunificação familiar é o motivo mais importante.

cuidados hospitalares. Segundo Amaral (2005) em 2004, 50% dos enfermeiros estavam concentrados nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra, sendo que, só na região de Lisboa, estavam concentrados 1/3 do total de enfermeiros. Nesse relatório, é referida a existência de “níveis perigosamente baixos de enfermeiros em cuidados de saúde primários” (Amaral, 2005).

### Reentrada/ re-integração:

Quanto a esta dimensão, a maioria dos respondentes atribuiu um impacto nulo do processo de Bolonha quer na reentrada de enfermeiros reformados quer no retorno destes profissionais de outras áreas. Conforme foi já desenvolvido acima, a tendência é precisamente contrária no sentido quer do abandono do sector, quer do país.

### Desenvolvimento da força de trabalho

Esta dimensão integra as subdimensões: *Retenção, Supervisão/gestão, Compensação, Apoio sistémico, Equidade.*

#### **Retenção**

As questões colocadas, relativamente à retenção de Enfermeiros, faziam referência as taxas de atrição/abandono, à retenção de trabalhadores qualificados, à retenção de trabalhadores qualificados no sector da saúde e à atractividade das carreiras onde a escassez de cuidadores é crítica. É de salientar que, para todas estas questões, o grupo de informadores atribuíram maioritariamente um impacto nulo do processo de Bolonha nestas áreas. Quanto aos efeitos negativos, foi salientado que a promoção da mobilidade poderá contribuir para uma saída destes profissionais do país ou do sector para mercados mais atractivos. Por outro lado, foi também salientado que o facto do exercício profissional da profissão de Enfermagem exigir o 1º ciclo poderá tornar esta profissão menos atractiva, comparativamente com outras profissões em que é exigido um segundo ciclo. Relativamente aos efeitos positivos, foi apenas salientado que Bolonha poderá representar uma oportunidade para favorecer o prosseguimento de estudos e a especialização em áreas de escassez de recursos.

Não foram encontrados dados que suportem estas afirmações, sendo que seria útil compreender de forma mais aprofundada os potenciais efeitos que esta política terá nos Enfermeiros em Portugal.

### **Supervisão/gestão**

Relativamente a esta subdimensão, foi questionado se o Processo de Bolonha teria impacto nos direitos e deveres, nas relações laborais e nas normas mínimas de emprego na EU. A maioria dos elementos deste grupo de informadores considera que o Processo de Bolonha terá um efeito nulo quer nos

Quanto às duas primeiras questões a 55,6 % dos respondentes atribuiu a Bolonha um efeito nulo quer nos direitos e deveres quer nas relações laborais. Os restantes respondentes atribuiu, maioritariamente, um efeito negativo, tendo sido salientado mais uma vez que a facto dos enfermeiros saírem para o mercado de trabalho com o 1º ciclo poderá contribuir para desqualificar estes trabalhadores, reduzindo as suas responsabilidades e aumentando os desequilíbrios nos vínculos laborais. Quanto à última questão, a maioria dos respondentes atribuiu um impacto positivo de Bolonha nas normas mínimas de emprego na UE. Relativamente a esta questão, alguns autores consideram que Bolonha contribuiu para impulsionar o ensino da Enfermagem para o Ensino Superior, criando a oportunidade de uniformizar o ensino da enfermagem na Europa tornando o 1º ciclo o nível de entrada no mercado de trabalho (Zabalegui *et al.*, 2006, Jackson *et al.*, 2009). Quanto aos efeitos nos direitos e deveres e nas relações laborais, não foi encontrada evidência destes efeitos. É, no entanto, de salientar mais uma vez o que foi referido acima por Deodato (2006) que, sendo o 1º ciclo o nível de entrada para o mercado de trabalho, há uma discrepância entre os descritores para o 1º ciclo e as competências do enfermeiro de cuidados gerais definido pela O.E. (Deodato, 2006).

### **Compensação**

Na subdimensão compensação, foram incluídas questões sobre os efeitos sobre nível de salários, os benefícios e incentivos existentes, a introdução de novos benefícios e incentivos e as condições de trabalho. É interessante observar a divisão de opiniões obtida, principalmente, no que se refere ao nível de salários.

Na questão relacionada com os salários, os impactos atribuídos dividiram-se entre impactos nulos e negativos, sendo utilizada como principal justificação para estes últimos o facto de os enfermeiros saírem para o mercado de trabalho com o primeiro ciclo. Esta é uma questão actual e que tem justificado parcialmente grande parte das greves conduzidas pelos enfermeiros até então. Segundo os Sindicatos dos Enfermeiros, estes profissionais não vêem a actualização da sua carreira profissional desde 2000 e auferem um salário inferior aos restantes funcionários licenciados da administração pública. Neste sentido, importa referir que, com a Resolução do Conselho de Ministros n.º. 140/98 de 4 de Dezembro de 1998, foi decidido entre outros a reorganização da formação dos enfermeiros, com a passagem da formação geral para o nível de licenciatura (Bento, 2006). Assim, a partir do ano lectivo 1999/2000, o Curso de Enfermagem passou a ser Licenciatura e os enfermeiros detentores do grau de Bacharel teriam que complementar a sua formação através do curso de complemento de formação (Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro). Apesar desta reorganização formativa, os enfermeiros não tiveram qualquer actualização salarial face ao nível de formação que agora lhes era exigido. Não sendo objecto deste trabalho a discussão do processo de negociação da carreira entre os Sindicatos e o Ministério da Saúde, torna-se mais clara a razão do receio manifestado pelos grupos de respondentes dos Sindicatos, Ordem e Professores quando atribuíram a Bolonha um potencial impacto negativo. Neste sentido, estes respondentes consideram que existe um risco de - comparativamente de outras profissões da área da saúde, que saem para o mercado de trabalho com o 2º ciclo - existir maior dificuldade na negociação salarial.

Relativamente às restantes questões relacionadas com as condições de trabalho, benefícios e incentivos existentes e introdução de novos benefícios e incentivos, a opinião da maioria dos respondentes é de que Bolonha terá um impacto nulo. Neste sentido, apesar do grande foco atribuído à empregabilidade pelo processo de Bolonha, este aparentemente não terá efeitos quer nas condições de trabalho quer na introdução ou desenvolvimento dos incentivos existentes.

### **Apoio Sistémico**

Nesta dimensão, pretendia-se perceber quais os efeitos que o Processo de Bolonha terá nas ferramentas disponíveis e no ambiente de trabalho, incluindo violência e agressões para com o pessoal. No quadro teórico que serviu de base a este trabalho, é comentado

que não importa o quão motivados e competentes os profissionais de saúde são, estes não poderão desenvolver o seu trabalho adequadamente se estes não tiverem ferramentas adequadas para isso, daí ter-se questionado sobre os efeitos de Bolonha na carga de trabalho e saúde e segurança dos trabalhadores. Por outro lado, deve também aceder-se aos efeitos que a introdução de novas tecnologias terão no seu trabalho daí a questão relacionada a capacidade de adaptação à mudança. Por fim, de referir também a importância desses efeitos na vida familiar dos trabalhadores.

Nesta subdimensão, os respondentes atribuíram maioritariamente impacto nulo aos impactos na vida familiar, na carga de trabalho e saúde e segurança dos trabalhadores tendo sido salientado a existência de outros factores que não Bolonha ( por exemplo, a actual crise económica com a tendência para uma maior flexibilização da contratação) com efeitos nessas áreas. Não deixa de ser de importante salientar a visão que a Ordem e os sindicatos têm sobre estas questões, ao atribuir um impacto negativo associada a uma eventual precariedade dos vínculos laborais para que Bolonha poderá contribuir.

Quanto à adaptação à mudança, mais de metade dos respondentes atribuiu impacto positivo associado à flexibilização da formação percursos bem como mudança de paradigma de formação que passa a estar mais centrado na aquisição de competências que possam responder aos desafios da sociedade e economia (Saraiva *et al.*, 2008).

### **Equidade**

Nesta subdimensão, era perguntado aos respondentes sobre os efeitos nas diferenças salariais dos diferentes profissionais de saúde, oportunidades de desenvolvimento e tratamento (des)igual dos profissionais de saúde por outros profissionais de saúde/ sistema de saúde/ utentes.

Relativamente às diferenças salariais mais de metade dos respondentes atribuiu impacto negativo. Tendo sido realçado, como justificação, o que foi referido acima quando questionados sobre os salários, ou seja, que o acesso ao mercado de trabalho com o primeiro ciclo se irá reflectir nas diferenças salariais com as outras profissões que sairão para o mercado de trabalho com o 2º ciclo. Na questão relativa ao tratamento (des)igual dos profissionais de saúde por outros profissionais de saúde/ sistema de saúde/ utentes, foi também salientado esse efeito como tendo num potencial impacto negativo.

A maior parte dos respondentes atribuiu um efeito positivo aos efeitos de Bolonha nas oportunidades de desenvolvimento. Este efeito positivo está relacionado com a possibilidade de realização de cursos de 2º ciclo a nível politécnico. Neste sentido, Bolonha foi o ponto de partida que tornou isso possível. No entanto, é de destacar que a reestruturação da carreira de enfermagem poderá também ter efeitos importantes nesta dimensão. Neste sentido, a nova carreira de enfermagem valoriza como forma de progressão na carreira a formação específica nas áreas de especialização de enfermagem, a saber, Especialidade de Enfermagem Comunitária, Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica e Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Todas as restantes áreas de formação onde, anteriormente, os enfermeiros faziam formação terão um peso reduzido para a progressão na carreira, e estão reguladas pelo Decreto-Lei n.º 248/2009 artigo 20. No entanto de salientar que o MDP deixa aberta a possibilidade de criação de novas especialidades quando refere que o Sistema de Individualização de Especialidades cria condições para o surgimento de novas especialidades que permitam a adequação das respostas em Enfermagem a novas necessidades de resposta em saúde (O.E., 2009).

Outra dimensão analisada neste questionário foi a “Performance da Força de Trabalho” que integra as subdimensões: *Produtividade, Cobertura, Competência e qualidade técnica dos cuidados prestados, Capacidade de Resposta.*

Quanto à produtividade, a maior parte dos respondentes atribuiu impacto nulo, tendo sido salientado pelos respondentes que atribuíram impacto positivo a melhoria da preparação dos profissionais, que é, conforme já foi referido anteriormente, um dos objectivos de Bolonha (Saraiva *et al.*, 2008). De referir, a possibilidade de alguns efeitos negativos de onde se salienta a possibilidade de um tratamento desigual das equipas de trabalhadores da área da saúde que pode contribuir para desmotivar estes profissionais.

### **Cobertura**

Relativamente à cobertura, a maior parte dos respondentes atribuiu impacto nulo de Bolonha sobre os efeitos na disponibilidade de trabalhadores para todo o espectro de serviços prestados. Mais uma vez, se salienta que o Processo de Bolonha pretende uma

maior aproximação entre a formação e as necessidades do mercado, no entanto, não foram encontrados dados disponíveis relativamente à enfermagem que permitam fundamentar essa afirmação.

### **Competência e qualidade técnica dos cuidados prestados**

Nesta subdimensão, pretendia-se obter a opinião quanto aos potenciais efeitos de Bolonha na produção de serviços com um efeito positivo na saúde dos utilizadores. Novamente, a maioria dos respondentes atribuíram impacto nulo nesta dimensão. Os efeitos positivos poderão ser observados se, de facto, se cumprirem alguns pressupostos de Bolonha no que se refere à formação centrada na autonomia dos estudantes.

### **Capacidade de resposta**

Relativamente a esta subdimensão, os respondentes atribuíram maioritariamente impacto positivo aos efeitos na capacidade de adaptação às características sociais e culturais dos utilizadores. Para esse efeito, podem contribuir os programas de mobilidade associados ao Processo de Bolonha bem como a alteração do paradigma de formação.

Nas questões relacionadas com a produção de produção de serviços com um efeito positivo na satisfação dos utilizadores e desenvolvimento de códigos de conduta, a maioria dos respondentes atribuiu efeito nulo. Relativamente à satisfação dos utilizadores, seria interessante perceber se houve mudanças na sua satisfação relacionadas com a passagem dos enfermeiros a Licenciatura e, posteriormente, com o enquadramento dos cursos no Processo de Bolonha. Num estudo realizado por Cabral e Silva (2009), é salientado, entre outros, que, desde 2000 a 2008, houve uma melhoria na satisfação com o funcionamento dos centros de saúde, melhoria com a satisfação com os cuidados de saúde durante o internamento e “subida moderada mas generalizada da satisfação com a qualidade do funcionamento dos diferentes tipos de serviços públicos de saúde” (Cabral e Silva, 2009). Neste sentido, seria interessante avaliar se existe alguma relação entre estas percepções positivas (ou outras negativa apresentadas no referido estudo) dos utilizadores e as mudanças que têm ocorrido na formação dos profissionais de saúde. Deste modo, esta questão carece de um aprofundamento que torne explícitos esses efeitos.

A dimensão seguinte é a Saída que integra as subdimensões: *Emigração, Atrição/abandono, Reforma.*

## Emigração

Nesta subdimensão, procurava-se a opinião dos respondentes quanto ao contributo de Bolonha para a emigração dos enfermeiros. Metade dos respondentes atribuiu um impacto positivo, relacionado com a facilidade no reconhecimento de graus e diplomas. Esta questão foi já desenvolvida acima, tendo sido referido que a emigração dos enfermeiros é um fenómeno recente. O contributo que Bolonha terá, neste efeito, será reduzido que esta está mais dependente da aplicação da directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. É possível, no entanto, afirmar que a emigração de enfermeiros será um fenómeno crescente nos próximos anos, não só pelas facilidades no reconhecimento de diplomas, mas também pelo aumento do número de enfermeiros desempregados. No relatório do projecto MoHProf são apresentados dados do IEFP onde se pode observar (Quadro 10) que, entre 2000 e 2008, o número de enfermeiros inscritos nesta instituição (à procura de emprego) teve um elevado aumento (Conceição *et al.*, 2009). Esse aumento foi mais visível nos enfermeiros mais jovens (idade inferior a 25 anos), que estão provavelmente à procura do primeiro emprego. Por outro lado, um estudo feito na Universidade de Coimbra<sup>31</sup> prevê que, mesmo no cenário mais ambicioso de aumento da entrada de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde, no futuro, perto de metade dos profissionais que sairão das faculdades até 2020 não será absorvida pelas unidades de saúde públicas.

**Quadro 10 Número de enfermeiros desempregados em Portugal inscritos no IEFP, de acordo com sexo e grupo etário 1999-2008 (excluindo Madeira e Açores)**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Enfermeiros	143	131	172	236	233	239	294	616	1261	1164
Masculino	36	34	36	44	36	42	58	101	192	182
Feminino	107	97	136	192	197	197	236	515	1.069	982
Grupo etário										
<25	18	20	20	49	30	48	101	379	889	809
25-34	36	35	55	65	73	69	76	126	248	246
35-54	48	39	69	95	95	81	74	68	83	68
>55	41	37	28	27	35	41	43	43	41	41

Fonte: Conceição *et al.* (2009): Desemprego registado, GEA (Gabinete de Estudos e Avaliação), IEFP (Instituto do Emprego e Formação Profissional), MTSS (Ministério do Trabalho e Segurança Social)

## Atrição/abandono

<sup>31</sup> [http://www.publico.pt/Sociedade/pelo-menos-metade-dos-enfermeiros-em-formacao-nao-vai-entrar-no-sns\\_1456595](http://www.publico.pt/Sociedade/pelo-menos-metade-dos-enfermeiros-em-formacao-nao-vai-entrar-no-sns_1456595)

Quanto aos efeitos de Bolonha na saúde dos profissionais de saúde, a maioria dos respondentes atribuiu um impacto nulo. Não foram encontradas referências que indicassem algum efeito nesta área. Relativamente à saída precoce de Enfermeiros do mercado de saúde os respondentes também atribuíram um impacto nulo, no entanto é de reforçar o que foi referido acima, que, de acordo com os dados da OE, cerca de 42% dos jovens enfermeiros ponderam ou já ponderaram abandonar a profissão, não sendo esse um efeito atribuído a Bolonha (Marques, 2010), mas a outras condicionantes que já foram sendo abordadas.

### **Reforma**

Quanto aos efeitos sobre a reforma prevê-se que Bolonha não terá qualquer efeito nesta área.

### **Outras subdimensões**

Esta última parte da análise foi acrescentada com o objectivo de enquadrar questões que não estando contempladas no modelo teórico explorado, faziam sentido colocar numa avaliação de impacto. Estas estavam sobretudo relacionadas com as despesas e sustentabilidade do sector, tendo sido atribuído pela maioria dos respondentes um impacto nulo. Quanto a estas questões, não foram encontrados dados que relacionem o Processo de Bolonha com estes efeitos em Portugal. É de referir, no entanto, que o mesmo não pode ser afirmado quanto a outros países. Por exemplo, de acordo com Davies (2008), alguns países têm referido a falta de recursos financeiros como motivo para a dificuldade em elevar os níveis de ensino para o ensino superior. O autor dá o exemplo da Suíça onde, em algumas áreas, é considerado que os custos desta passagem para ensino superior são considerados altamente dispendiosos e desnecessários (Davies, 2008). Também na Hungria é referido que apenas alguns hospitais terão capacidade financeira para empregar enfermeiros com um nível de formação superior (Betlehem *et al.*, 2009).

Sendo este questionário um instrumento ainda em desenvolvimento, foi solicitado a este grupo de informadores chave que acrescentassem outros aspectos da força de trabalho em enfermagem importantes e que não foram incluídos na matriz.

Neste sentido, foi salientado pelos respondentes a necessidade de compreender a interacção entre Bolonha e outras Políticas. Durante esta discussão tentou-se salientar algumas políticas que podem mimetizar os efeitos de Bolonha. No entanto, assumiu-se desde o início que poderiam existir outras políticas que poderiam interagir com o Processo de Bolonha maximizando alguns efeitos e minimizando outros. Apesar disso, será útil, em estudos futuros, dar mais relevo a essas interacções, podendo ser incluído que, para cada dimensão, sejam descritas outras políticas com efeitos nessas dimensões.

No caso específico de Bolonha, foi salientado pelos respondentes a necessidade de uma análise mais aprofundada dos contextos de formação Universidade/ Politécnico. Um dos respondentes referiu-se à carga horária como algo de negativo do Processo de Bolonha que careceria de análise. De facto, seria interessante desenvolver esta temática no sentido de compreender os potenciais efeitos que a forma como cada escola organiza os seus currículos terá nos RHS. É, no entanto, de referir que do questionário aplicado, foram eliminados os indicadores de monitorização, onde estavam incluídos na subdimensão “Educação/ re-treinamento” os seguintes indicadores: Rácio de estudantes por professor; Nível de educação dos professores (nº com mestrado, doutoramento ou equivalente); Acreditação e auditorias da qualidade; Número de horas de prática clínica. Estes poderiam complementar a informação aqui descrita. Dos restantes comentários, é de salientar a necessidade de inclusão na dimensão “Saída” uma análise da satisfação profissional. A inclusão deste tema nesta dimensão está associada ao facto de esta ser referida por alguns autores como um factor com peso importante associado à intenção de sair (Larrabee *et al.*, 2003, Sourdif, 2004, Coomber e Barriball, 2007).

### Recomendações para maximizar efeitos positivos

Relativamente às recomendações para maximizar os efeitos positivos, durante este questionário, a maioria dos respondentes salientou que Bolonha terá efeitos positivos, no acesso a programas de educação especializada, no acesso a formação contínua, na atracção de candidatos estrangeiros/nacionais, no retorno de ex-trabalhadores de saúde, entrada de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde, no estabelecimento de normas mínimas de emprego na EU, na adaptação à mudança, nas oportunidades de desenvolvimento, no desenvolvimento de códigos de conduta, na

adaptação às características sociais e culturais dos utilizadores, no número de trabalhadores que emigram.

Para efeitos de análise, as recomendações para maximizar os efeitos positivos deveriam estar associadas aos efeitos positivos referidos. Tal poderia ter sido possível se por exemplo, este estudo tivesse sido conduzido sob a forma de um Delphi, possibilitando chegar a um consenso quer sobre os efeitos positivos e negativos, quer sobre as recomendações. Não tendo sido possível o desenvolvimento dessa etapa, foi perguntado a estes elementos quais as medidas para maximizar os efeitos positivos. É de salientar que a taxa de resposta a esta questão foi de apenas 55,6%.

Deste modo, as recomendações referidas nem sempre correspondem aos impactos positivos referidos pela maioria dos respondentes.

As propostas salientam a necessidade de articulação/ estabelecimento de redes, entre as IES e Instituições de saúde, desenvolver estudos sobre necessidades de cuidados de enfermagem em Portugal, Desenvolvimento de SI, garantir a qualidade da educação, reflexão e construção dos padrões globais de formação inicial, Integração no Ensino Universitário, aumentar a participação dos alunos (desenvolvendo por exemplo estratégias que permitam que os alunos estejam nos cursos de sua eleição), formação adequada às necessidades de cuidados de enfermagem, desenvolvimento da formação ao longo da vida, o fomento da aplicação dos princípios constantes no Processo de Bolonha, criação de condições para o Desenvolvimento profissional, remuneração justa e desenvolver legislação para protecção da saúde laboral dos enfermeiros.

### Recomendações para minimizar efeitos negativos

Os efeitos negativos a que a maioria dos respondentes se referiram foram nos custos com a formação, na qualidade da educação, no nível de salários, nas diferenças salariais dos diferentes profissionais de saúde, no tratamento (des)igual dos profissionais de saúde por outros profissionais de saúde/ sistema de saúde/ utentes.

A taxa de resposta a esta questão foi de apenas 44,4%. Os respondentes referiram a necessidade de valorização social da profissão, compensação (trabalho, conhecimentos e competências), desenvolver estudos sobre as condições de trabalho dos enfermeiros, proporcionar condições de trabalho adequadas, adequação da formação ao mercado de

trabalho, aumentar a empregabilidade dos enfermeiros, estudo das necessidades de cuidados de enfermagem da população portuguesa, fiscalização do financiamento atribuído à IES, apoio à formação contínua, promoção da garantia da qualidade através de processo de avaliação e acreditação das IES, proteger a saúde dos enfermeiros.

Algumas das recomendações sugeridas não estão directamente relacionadas nem foram consideradas pela maioria como efeitos do Processo de Bolonha. Neste sentido salienta-se que, a protecção da saúde dos profissionais, o estudo das necessidades de cuidados de enfermagem da população portuguesa, o estudo das condições de trabalho e o desenvolvimento dos sistemas de Informação de RHS, apesar de não estarem directamente associados a potenciais impactos de Bolonha, podem contribuir não só para o sucesso do Processo de Bolonha, mas também para um melhor planeamento dos RHS em Portugal.

Na entrevista dada para o projecto MoHProf pela Enfermeira Teresa Oliveira Marçal (Ordem dos Enfermeiros) é comentado que Bolonha foi uma oportunidade perdida para Portugal repensar o seu sistema de ensino. Não houve reforma, houve reformatação. Continua, afirmando que as implicações para a enfermagem podem ser a desvalorização da profissão por ser um curso exigente para um diploma que não é compensatório (Conceição *et al.*, 2009). De facto um dos aspectos que mais vezes foi referido nas respostas ao questionário como potencial efeito do Processo de Bolonha foi a desvalorização da enfermagem não só em termos remuneratórios como também sociais. Além disso, foi também salientada, no que concerne à aplicação dos princípios do Processo de Bolonha, a necessidade deste processo não ser somente uma “operação de cosmética”. No entanto, Bolonha permitiu a integração das especialidades de Enfermagem ao nível do segundo ciclo, valorizando academicamente esta formação. Por outro lado, com processo em curso de implementação do MDP espera-se uma maior diversificação das especializações em enfermagem.

Durante este trabalho verificou-se que, os elementos do grupo de informadores chave do Processo de Bolonha apresentam opiniões, nem sempre convergentes, quanto aos efeitos de Bolonha. Parece patente que, apesar de este, estar em curso desde 1999, persistem ainda dúvidas quanto aos seus efeitos no contexto nacional. Por outro lado, este trabalho, “obrigou” os respondentes, a olhar para o Processo de Bolonha segundo um ponto de vista diferente, ou seja, não apenas como uma política de educação mas

como uma política que pode afectar o seu próprio trabalho. Neste sentido, ao longo da discussão, foi enfatizada a necessidade de, em futuros estudos, produzir evidência sobre alguns efeitos sobre os quais poucas referências foram encontradas. Destacamos, entre outros, a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre os efeitos de Bolonha, na atractividade da profissão, na capacidade de adaptação à mudança e às características sócio-culturais dos utilizadores, a influência que os custos com a formação poderão ter na escolha de Portugal como país, e de enfermagem como curso, os efeitos da implementação no MDP, quer no que se refere, à atractividade do curso de enfermagem quer, na futura configuração da força de trabalho de enfermagem.

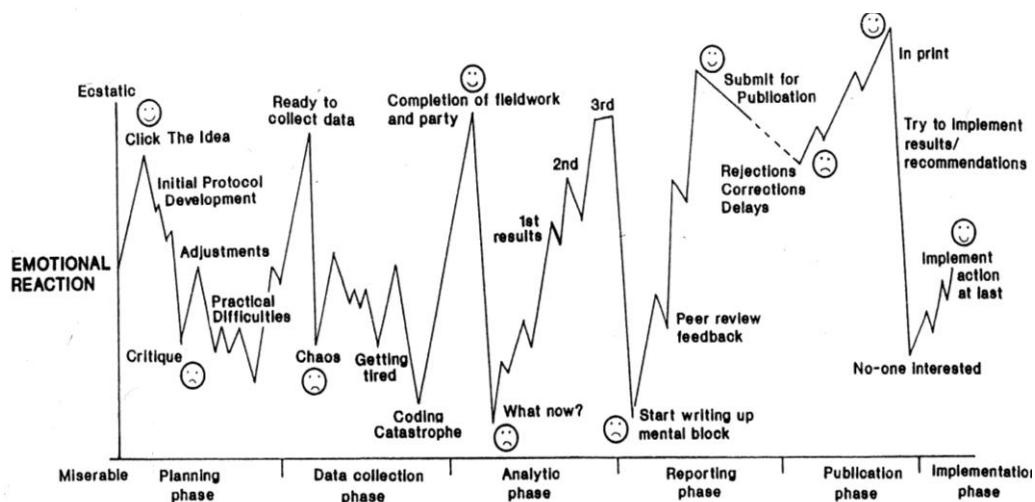
Com este projecto, pretendeu-se, dar um contributo quer para a construção de um modelo para avaliação de impacto de políticas intersectoriais nos RHS quer para a compreensão de alguns efeitos que não estão explícitos do Processo de Bolonha na força de trabalho dos enfermeiros em Portugal. A escolha do Processo de Bolonha como política para análise neste documento pode parecer à partida contraditória uma vez que o que se pretende é avaliar o impacto de políticas que ainda estão na fase de planeamento. No entanto, sendo este um primeiro exercício, considera-se que a escolha desta política facilitou a recolha de dados junto dos respondentes, uma vez que a sua implementação ainda está em curso. Por outro lado, conforme se pode verificar, no grupo de informadores chave houve alguma heterogeneidade nas respostas obtidas, uma possíveis razões, pode ser o pouco interesse dos enfermeiros por esta política, a informação disponível, ser por vezes contraditória, ou também estar relacionado com o facto de Bolonha não estar ainda completamente implementado. Por esse motivo, considera-se que, na análise do Processo de Bolonha, seria útil complementar a informação, aqui recolhida, com uma análise de implementação de forma a compreender até que ponto Bolonha já foi implementado na Enfermagem em Portugal e quais dos efeitos previstos carecem de intervenção imediata.

Concluindo, consideramos que este estudo trouxe um outro ponto de vista sobre o processo de Bolonha e deveria ser complementado com vários micro-estudos para aprofundar os efeitos aqui descritos ou outros que não foram abordados. Por outro lado, pretendia-se com o Processo de Bolonha exemplificar como uma política que não é específica para o sector saúde pode afectar os RHS, realçando a importância que uma avaliação prévia dos impactos pode ter na compreensão dos seus efeitos.

## V - Considerações finais

Ao finalizar este trabalho, gostava de regressar ao ponto de partida de todo este processo. Foi um longo percurso, que teve início quando o Professor Paulo Ferrinho me propôs o desafio de desenvolver o meu projecto de investigação numa área de que apenas tinha ouvido falar sucintamente nas aulas de planeamento e decisão em saúde, integrado na construção de cenários. Olhando para trás, compreendo agora que as etapas de um processo de investigação não são tão lineares como as tinha concebido. Uma forma simples de perceber esses altos e baixos foi apresentada por Katzenellenbogen *et al.* (1991), onde é representado graficamente a reacção emocional que a maioria dos investigadores experimenta ao longo de um projecto de investigação (Figura 9). Reconheço que passei por todas essas etapas e que percebi o significado da frase de Patton quando refere que “a investigação, tal como a diplomacia, é a arte do possível”.

Figura 9 Mudança do estado emocional do investigador ao longo do tempo



Fonte: KATZENELLENBOGEN, J., JOUBERT, G. & YACH, D. 1991. Introductory Manual for Epidemiology in Southern Africa, Medical Research Council.

Ao longo deste percurso, tentei tirar o máximo partido das oportunidades que foram surgindo, de forma a tentar tornar claro o que pretendia com este trabalho. Assim alguns dos resultados aqui apresentados são produto de outros projectos em que participei, com especial realce para o MoHProf e o “Policy Dialogue on the planning for a well-skilled nursing and social care workforce in the European Union”.

Voltando de novo ao início, um dos primeiros conselhos que me foi dado foi para ler o prefácio do livro de Henry Mintzberg “Estrutura e Dinâmica das Organizações”. Neste, o autor começa por referir que fez o livro para ele próprio, estava profundamente interessado no modo como as organizações formulavam as suas estratégias, passando a descrever como o fez. Deste modo, parte do trabalho aqui apresentado principalmente, no capítulo referente à discussão e boa parte da fundamentação teórica foi feito a pensar em mim. Gostava de facto de chegar ao fim com uma ideia de como poderia prever os efeitos que políticas que não são do sector saúde têm neste sector. No entanto, ao concluir este trabalho tenho a noção de que muito ficou por ler, por dizer, por escrever. Neste sentido, considero que este, além de ser um pequeno contributo, constitui provavelmente um primeiro passo para um aprofundar de conhecimentos nesta área. Será importante desenvolver o modelo conceptual aqui descrito e perceber melhor a interacção entre as políticas, e entre políticas e o sector saúde (com atenção dirigida para os RHS). Dada a existência de um número ainda reduzido de trabalhos publicados que realcem estas relações, considero útil o desenvolvimento de um conhecimento mais aprofundado nesta área que permita aos decisores tomar decisões informadas em tempo útil.

Neste sentido, considero que concretizei um dos objectivos que me tinha proposto inicialmente, ou seja, dar um contributo, ainda que modesto, para evidenciar a importância do desenvolvimento de modelos que permitam tornar explícitos os impactos que políticas intersectoriais terão nos RHS. Assim, usando a metáfora de Mintzberg, quando se refere ao seu livro como um banquete francês, penso ter conseguido reproduzir não um banquete mas um pequeno lanche esperando com o avançar do dia, vir a ter a oportunidade de servir um verdadeiro banquete.

## Bibliografia

A3ES. 2009. *Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES)* [Online]. Lisboa. Available: <http://www.a3es.pt/pt> [Accessed 16 de Setembro de 2010].

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE. s.d. *Fases do processo* [Online]. [Accessed 10.03.2010 2010].

AL-HINDAWE, J. 1996. Considerations when constructing a semantic differential scale. 9. Available: <http://www.latrobe.edu.au/linguistics/LaTrobePapersinLinguistics/Vol%2009/03AlHindaawe.pdf>.

ALBUQUERQUE, J. M. & MIGUEL, J. P. 2007. Health Systems Impact Assessment and the High Level Group on Health Services and Medical Care. *EU Ministerial Conference: "Health in All Policies: Achievements and Challenges"*. Rome.

ALVES DA SILVA, A. & FERNANDES, R. 2008. ENFERMEIROS ESTRANGEIROS EM PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros ed. Lisboa.

AMARAL, A. 2005. Revisão do Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde.

AMENDOEIRA, J. 2009. Ensino de Enfermagem: Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*. Lisboa: ESEL.

BENSON, J. F. 2003. What is the alternative? Impact assessment tools and sustainable planning. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 21, 261-280.

BENTO, M. 2006. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: A história de um percurso de fusão. *Referência IIª Série*. 3 ed. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem.

BETLEHEM, J., KUKLA, A., DEUTSCH, K., MARTON-SIMORA, J. & NAGY, G. 2009. The changing face of European healthcare education: the Hungarian experience. *Nurse Educ Today*, 29, 240-5. Epub 2008 Oct 11.

BOLOGNA SECRETARIAT. s.d. *The European Higher Education Area* [Online]. BM.W\_F<sup>a</sup> Austrian Federal Ministry of Science and Research. Available: [http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/Bologna\\_leaflet\\_web.pdf](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/documents/Bologna_leaflet_web.pdf) [Accessed 2010].

BOS, R. 2006. Health impact assessment and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 914-915.

BOWLING, A. 1997. *Research Methods in Health: Investigating health and health services*, Buckingham - Philadelphia, Open University Press.

BRAUN, V. & CLARKE, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

BREEZE, C. H. & LOCK, K. 2001. Health impact assessment as part of strategic environmental assessment. WHO, Regional Office for Europe.

BRISTOW, G., FARRINGTON, J., SHAW, J. & RICHARDSON, T. 2009. Developing an evaluation framework for crosscutting policy goals: the Accessibility Policy Assessment Tool. *Environment and Planning A*, 41, 48-62.

CABRAL, M. & SILVA, P. 2009. *O Estado da Saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde: evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*, Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.

CERDEIRA, L. 2009. *O Financiamento do Ensino Superior Português*, Coimbra, Almedina.

CONCEIÇÃO, C., RIBEIRO, J., PEREIRA, J. & DUSSAULT, G. 2009. Mobility of Health Professionals: National report: Portugal. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical (ADMT).

COOMBER, B. & BARRIBALL, K. L. 2007. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud.*, 44, 297-314. Epub 2006 Apr 24.

CRESWELL, J. 2009. *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, Los Angeles :, SAGE.

D'ESPINEY, L., PAIVA, A., NATIVIDADE, A., FIGUEIREDO, M. & BENTO, M. 2004. Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional: Grupos por Área de Conhecimento - ENFERMAGEM. MCTES.

D.H. 2007. *Screening questions for health impact assessment* [Online]. Available: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/DH\\_4093617](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Legislation/Healthassessment/DH_4093617) [Accessed 2010].

DAVIES, R. 2008. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Educ Today.*, 28, 935-42. Epub 2008 Jul 10.

DEODATO, S. 2006. (Re)Olhar o enquadramento jurídico do ensino de enfermagem. *Revista Percursos*. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

DEPARTMENT OF HEALTH, M. 2001. *HIA generic screening tool* [Online]. Association of Public Health Observatories. Available: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44898> [Accessed].

DEVELLIS, R. 1991. *Scale development: theory and applications*, Sage.

DGES 2007. BOLOGNA PROCESS NATIONAL REPORT FROM PORTUGAL: 2005-2007. Lisboa.

DGES. 2008. *DGES - Processo de Bolonha* [Online]. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Available:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/> [Accessed 2010].

DGES 2009. BOLOGNA PROCESS NATIONAL REPORT FROM PORTUGAL: 2007-2009. Lisboa.

DIELEMAN, M. & HARNMEIJER, J. 2006. Improving health worker performance: in search of promising practices. Available: [http://www.who.int/hrh/resources/improving\\_hw\\_performance.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf).

DUBOIS, C., MCKEE, M. & NOLTE, E. 2006. Human Resources for Health in Europe. World Health Organization, Open University Press.

DUSSAULT, G. & DUBOIS, C. A. 2003. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources of Health*.

DUSSAULT, G. & FERRINHO, P. 2007. A health workforce strategy for Portugal. *cahier de sociologie et de démographie médicales*. Paris: The Joint Operation - Centre de Sociologie et de Démographie Médicales.

E.C. 2009. Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (QEQ). Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

E.C. s.d. Directive 2005/36/EC on the mutual recognition of qualifications / the European qualifications framework. In: INTERNAL MARKET AND SERVICES DG (ed.).

EL-JARDALI, F., JAMAL, D., ABDALLAH, A. & KASSAK, K. 2007. Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean region: facts, gaps and forward thinking for research and policy. *Human Resources for Health*, 5, 9.

EUROPEAN COMMISSION. 2001. EX ANTE EVALUATION: A PRACTICAL GUIDE FOR PREPARING PROPOSALS FOR EXPENDITURE PROGRAMMES. Available: [http://ec.europa.eu/dgs/secretariat\\_general/evaluation/docs/ex\\_ante\\_guide\\_2001\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/secretariat_general/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf).

EUROPEAN COMMISSION. 2009. IMPACT ASSESSMENT GUIDELINES. Available: [http://ec.europa.eu/governance/impact/commission\\_guidelines/docs/iag\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/governance/impact/commission_guidelines/docs/iag_2009_en.pdf) [Accessed 09 Fevereiro 2010].

EUROPEAN COMMISSION. s.d.-a. *Health Systems Impact Assessment* [Online]. European Commission: DG Health and Consumer Protection. Available: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/high\\_level/health\\_impact\\_assessment\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/high_level/health_impact_assessment_en.htm) [Accessed 09 Fevereiro de 2010].

EUROPEAN COMMISSION. s.d.-b. *Impact Assessment* [Online]. Available: [http://ec.europa.eu/governance/impact/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/governance/impact/index_en.htm) [Accessed 10 Fevereiro 2010].

EURYDICE 2009. Higher Education in Europe 2009: Developments in the Bologna Process. Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA P9 Eurydice).

EURYDICE. 2010. Focus on Higher Education in Europe 2010: The Impact of the Bologna Process. Available: [http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic\\_reports/122EN.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/122EN.pdf).

FERNANDES, R., MARTINS, B., MAURÍCIO, B., MATOS, D., FERREIRA, D., AFONSO, L., GOUVEIA, M., GOULART, M., DIAS, P., MELO, P., SILVA, P. & MORGADO, T. 2009. Estudo sobre situação profissional dos jovens enfermeiros em Portugal. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

FORTIN, M. 1996. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

FRANCO, L., BENNETT, S. & KANFER, R. 2002. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 54, 1255-1266.

FRITZEN, S. 2007. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? *Human Resources for Health*, 5, 4.

GPEARI/MCTES. 2008. Índice de Sucesso Escolar no Ensino Superior (2005-2006): cursos de formação inicial. Available: [http://www.gpeari.mctes.pt/archive/doc/Indice\\_Sucesso\\_Escolar\\_2005-2006v24042008.pdf](http://www.gpeari.mctes.pt/archive/doc/Indice_Sucesso_Escolar_2005-2006v24042008.pdf) [Accessed 08 Setembro de 2010].

HARRIS, P., HARRIS-ROXAS, B., HARRIS, E. & KEMP, L. 2007. Health Impact Assessment: A practical guide. Available: [http://www.hiaconnect.edu.au/files/Health\\_Impact\\_Assessment\\_A\\_Practical\\_Guide.pdf](http://www.hiaconnect.edu.au/files/Health_Impact_Assessment_A_Practical_Guide.pdf)

HARRIS-ROXAS, B. s.d. *HIA Connect - What is HIA?* [Online]. Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Available: <http://www.hiaconnect.edu.au/faq.htm> [Accessed 29th April 2009].

HILL, M. & HILL, A. 2008. *Investigação por Questionário*, Lisboa, Silabo.

HLG/HSIA 2004. Working Group on Health Impact Assessment and Health Systems: Towards Health Systems Impact Assessment.

JACKSON, C., BELL, L., ZABALEGUI, A., PALESE, A., SIGURTHARDOTTIR, A. & OWEN, S. 2009. A review of nurse educator career pathways; a European perspective. *Journal of Research in Nursing*, 14, 111-122.

JOFFE, M. & MINDELL, J. 2005. HEALTH IMPACT ASSESSMENT. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 907-912.

JOINT LEARNING INITIATIVE 2004. *Human Resources for Health: Overcoming the crisis*, Cambridge (MA): Harvard University Press.

KATZENELLENBOGEN, J., JOUBERT, G. & YACH, D. 1991. *Introductory Manual for Epidemiology in Southern Africa*, Medical Research Council.

KEMM, J. 2001. Health Impact Assessment: a tool for Healthy Public Policy. *Health Promot. Int.*, 16, 79-85.

KEMM, J. 2007. What is HIA and why might it be useful? In: WHO (ed.) *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*.

LARRABEE, J. H., JANNEY, M. A., OSTROW, C. L., WITHROW, M. L., HOBBS, G. R., JR. & BURANT, C. 2003. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *J Nurs Adm.*, 33, 271-83.

LEEuw, F. & VAESSEN, J. 2009. Impact Evaluations and Development: NONIE guidance on impact evaluation. Network of Networks on Impact Evaluation (NONIE).

MARQUES, A. 2010. *OE: Dos Recursos Humanos e da Organização de Cuidados - Grupo de Trabalho da Ordem dos Enfermeiros para o PNS* [Online]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Available: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/09/14/oe-rhs/> [Accessed 16 de Setembro de 2010].

MAYNE, J. 2001. Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 16, 1-24.

MCDOWELL, I. & NEWELL, C. 1996. *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires*, New York, Oxford University Press.

MILLER, B. G. & HURLEY, J. F. 2003. Life table methods for quantitative impact assessments in chronic mortality. *J Epidemiol Community Health*, 57, 200-6.

MORGAN, R. K. 2003. Health impact assessment: the wider context. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 390-390.

O.E. 2003. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

O.E. 2006. *Lei de Bases do Sistema Educativo: Enquadramento do Ensino de Enfermagem/acesso à profissão – Processo de Bolonha: Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

O.E. 2007. *Um novo modelo de desenvolvimento profissional: Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem*. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

O.E. 2008. *PLANO ESTRATÉGICO DO ENSINO DE ENFERMAGEM 2008-2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

O.E. 2009. *MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL*. *News letter - Estudante*. 1 ed.: Ordem dos Enfermeiros.

PARLAMENTO EUROPEU E CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA 2005. Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial nº L 255 de 30/09/2005.

PARRY, J. & STEVENS, A. 2001. Prospective health impact assessment: pitfalls, problems, and possible ways forward. *BMJ*, 323, 1177-82.

QUIGLEY, R., DEN BROEDER, L., FURU, P., BOND, A., CAVE, B. & BOS, R. 2006. Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Available: <http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf>.

RIGOLI, F. & DUSSAULT, G. 2003. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 1, 9.

SAKELLARIDES, C. 2006. *De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde*, Coimbra, Edições Almedina.

SARAIVA, M., NOVAS, J., ROBERTO, J. & REIS, E. 2008. O Processo de Bolonha e o desafio da empregabilidade. *Revista TOC*. Lisboa: Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas.

SEGUIN, R., GODWIN, M., MACDONALD, S. & MCCALL, M. 2004. E-mail or snail mail? Randomized controlled trial on which works better for surveys. *Can Fam Physician*, 50, 414-9.

SHAWA, L. 2008. The Bologna Process and the European Gain: Africa's Development Demise? *European Education*, 40, 97-106.

SOURDIF, J. 2004. Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nurs Health Sci.*, 6, 59-68.

SPITZER, A. & PERRENOUD, B. 2006. Reforms in Nursing Education Across Western Europe: From Agenda to Practice. *Journal of Professional Nursing*, 22, 150-161.

SPITZER, A. & PERRENOUD, B. 2007. Reforming the Swiss nurse education system: A policy review. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 624-634.

STAHL, T., WISMAR, M., OLLILA, E., LAHTINEN, E. & LEPPÖ, K. 2006. *Health in All Policies: Prospects and potentials*, Finland, Finnish Ministry of Social Affairs and Health.

STREINER, D. & NORMAN, G. 2003. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*, New York, Oxford University Press.

THE LANCET 2010. Doctors' training and the European Working Time Directive. *The Lancet*, 375, 2121-2121.

VAN LERBERGHE, W., ADAMS, O. & FERRINHO, P. 2002. Human resources impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 525-525.

VAN LERBERGHE, W. & FERRINHO, P. 2002. From human resource planning to human resource impact assessment: changing trends in health workforce strategies. *Cah Sociol Demogr Med*, 42, 167-78.

VEERMAN, J. L., MACKENBACH, J. P. & BARENDREGT, J. J. 2007. Validity of predictions in health impact assessment. *J Epidemiol Community Health*, 61, 362-6.

VEIGA, A. & AMARAL, A. 2009. Survey on the Implementation of the Bologna Process in Portugal. *Higher Education: The International Journal of Higher Education and Educational Planning*, 57, 57-69.

W.H.O. 2006. *The World Health Report 2006*. [Online]. Geneva: World Health Organization. Available: [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) [Accessed].

WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. In: ORGANISATION, W. H. (ed.) *First International Conference on Health Promotion*. Ottawa.

WHO 1999. Gothenburg consensus paper: health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. European Centre for Health Policy, WHO: Regional Office for Europe.

WHO 2000. The World health report 2000 : health systems : improving performance. In: WHO (ed.). Geneva.

WISMAR, M., BLAU, J., ERNST, K. & FIGUERAS, J. 2007. The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. In: WHO (ed.).

WISMAR, M. & ERNST, K. 2006. Policy Assessment on Social Policy, Education, Vocational Training and Youth: a part of the Health Systems Impact Assessment Tool.

WISMAR, M. & ERNST, K. 2006. Policy Assessment on Social Policy, Education, Vocational Training and Youth: a part of the Health Systems Impact Assessment Tool.

ZABALEGUI, A., MACIA, L., MÁRQUEZ, J., RICOMÁ, R., NUIN, C., MARISCAL, I., PEDRAZ, A., GERMÁN, C. & MONCHO, J. 2006. Changes in Nursing Education in the European Union. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 114-118.

## **ANEXOS**

### **Anexo I – Carta para 1º Grupo de Informadores Chave**

Joel da Costa Pereira, aluno do II Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a desenvolver a tese de mestrado sob a orientação do Professor Paulo Ferrinho, vem por este meio solicitar a sua colaboração no estudo “Avaliação prospectiva de impacto das políticas de saúde nos recursos humanos de saúde: Desenvolvimento de um Instrumento para Avaliação de Impacto nos Enfermeiros”.

Os recursos humanos da saúde são um elemento fundamental para a consecução dos objectivos do sistema de saúde. O Relatório Mundial de Saúde de 2006 refere-se à força de trabalho dos recursos humanos de saúde como a personificação dos valores centrais do sistema de saúde e são o elo que faz a ligação entre o conhecimento e a acção de saúde. O número, a qualidade e configuração dos recursos humanos moldam os resultados e a produtividade dos sistemas de saúde. Assim, o desenvolvimento de trabalhadores de saúde capazes, motivados e apoiados, é essencial para superar os obstáculos à consecução dos objectivos de saúde. Contudo, os trabalhadores de saúde enfrentam actualmente alguns desafios como as alterações no padrão das doenças, alterações demográficas, novas tecnologias, novos papéis, novas competências e outras alterações como as reformas políticas.

Assim, o presente estudo tem como objectivo desenvolver um instrumento de apoio à tomada de decisão que permita aos decisores conhecer as potenciais consequências que as suas decisões têm na força de trabalho dos enfermeiros a trabalhar em Portugal, antes da sua implementação. Deste modo na primeira fase do estudo pretende-se desenvolver o quadro conceptual, definindo as dimensões de impacto que se irão medir. Para isso recorrer-se-á a um painel de peritos cujos dados serão posteriormente validados e desenvolvidos por grupos focais (constituídos por enfermeiros e seus representantes). As dimensões obtidas nesta etapa permitirão construir um instrumento para avaliação de impacto das políticas na força de trabalho dos enfermeiros a trabalhar em Portugal, que será aplicado na fase seguinte do estudo.

Deste modo, solicitamos a sua colaboração para integrar o painel de peritos, tendo como objectivo, definir um conjunto de dimensões de impacto e as potenciais formas para medir os seus efeitos, através da resposta às seguintes perguntas.

- 1. Na sua opinião que dimensões devem ser consideradas na avaliação de impacto das políticas de saúde na força de trabalho de enfermagem?**
- 2. Na sua opinião, de que formas se podem medir esses impactos?**
- 3. Na sua opinião quem deve ser consultado numa avaliação de impacto da força de trabalho de enfermagem?**
- 4. Recomendaria alguma literatura de referência para o desenvolvimento do presente estudo?**
- 5. Gostaria de acrescentar algum comentário?**

*Obrigado pela colaboração*

(em Inglês)

Joel da Costa Pereira, student of the II Masters in health and development of the Institute of Hygiene and Tropical Medicine of the “Universidade Nova de Lisboa”, under the supervision of Professor Paulo Ferrinho, is hereby requesting your collaboration in the study “Prospective impact assessment of the health policies in health workforce: developing an instrument for impact assessment in nurses workforce”.

Human resources of health are a key element for the achieving of the health system goals. The WHR (2006) refers to health workforce as the personification of the system’s core values and the human link that connects knowledge to health action. The number, quality, and configuration of human resources shape the output and productivity of health systems. So developing capable, motivated and supported health workers is essential for overcoming bottlenecks to achieve national and global health goals. Nevertheless health workforce is facing diverse challenges like changes in disease pattern, in demographic trends, new technologies and drugs, new roles and skills, and other challenges like political reforms.

Thus this study intends to develop an instrument for the support of the decision makers, assessing the potential effects of a health policy in nursing workforce, working in

Portugal, before its implementation. Therefore, the first phase of the study aims to develop the conceptual framework, defining the impact dimension that will be measured. For this we will request a panel of experts whose data will be further developed and validated by focus groups (consisting of nurses and their representatives). The dimensions obtained in this step will build a tool for assessing the impact of policies in the workforce of nurses working in Portugal, which will be implemented in next phase of the study.

Thus, we ask your cooperation to join the panel of experts, aiming to define a set of potential impact dimensions and ways to measure their potential effects, by answering the following questions.

- 1. In your opinion what are the dimensions that must be evaluated in assessing the impact of health policies in the nursing workforce?**
- 2. In your opinion what are the possible ways of measuring those impacts?**
- 3. In your opinion who should be consulted in an impact assessment?**
- 4. Do have any reference literature that would recommend for the development of the research?**
- 5. Would you like to add any general comment about this issue?**

*Thank you for your collaboration*

## ANEXO II – Respostas do 1º Grupo de Informadores Chave

Quadro para Resumo das Respostas

<b>Perito nº</b>			
<b>Dimensões de impacto</b>	<b>Formas de medir o impacto</b>	<b>Quem deve ser consultado</b>	<b>Bibliografia sugerida</b>

Matriz de resumo das respostas de acordo as dimensões do modelo “Estratégias para a vida útil” (WHO, 2006)

<b>Dimensões</b>			
<b>Entrada</b>	<b>Desenvolvimento do desempenho</b>	<b>Desempenho da força de trabalho</b>	<b>Saída</b>
<i>Subdimensões</i>			
Planeamento	Retenção	Produtividade	Migração
Educação	Supervisão	Cobertura	Saída do sector
Recrutamento	Compensação	Qualidade técnica	Reforma
	Apoio sistémico	Capacidade de resposta	

Síntese das respostas à questão "na sua opinião que dimensões devem ser consideradas na avaliação de impacto das políticas de saúde na força de trabalho de enfermagem?"

Entrada	Desenvolvimento do desempenho	Desempenho da força de trabalho	Saída
<p><b>Planeamento:</b></p> <p>Mudança no número de profissionais;</p> <p>Necessidades de RH em termos de quantidade e qualidade (skill mix: enfermeiros especialistas, enfermeiros generalistas, parteiras, auxiliares...)</p> <p>Atenção especial às competências necessárias para por exemplo uma população em envelhecimento ou unidades mais especializadas como unidades cardíacas por exemplo.</p> <p>Composição e distribuição em relação a outros grupos ocupacionais</p> <p>Contexto e políticas de formação (em serviço e condições externas)</p> <p><b>Educação:</b></p> <p>Formação (influência que a política de saúde pode ter, por exemplo, nos currículos dos cursos de base dos RHS. Esclarecendo, por exemplo, se é necessário alterar quer o conteúdo quer a forma como são formados os profissionais de saúde).</p> <p>Educação</p>	<p><b>Retenção:</b></p> <p>Mudança de trabalho</p> <p>Mobilidade (dentro da categoria profissional, entre categorias, entre níveis de cuidados, entre serviços)</p> <p>Duração das carreiras individuais</p> <p>Abandono da profissão</p> <p>Abandono do sector público</p> <p><b>Supervisão:</b></p> <p>Motivação</p> <p>Satisfação Profissional</p> <p>Reconhecimento corporativo/ Regulação da profissão</p> <p>Regulação (normas/requisitos) para a formação (educacional) e para o exercício profissional</p> <p><b>Compensação:</b></p> <p>Remuneração considerada justa</p> <p>Incentivos não pecuniários</p> <p><b>Apoio do sistema:</b></p> <p>Segurança no emprego</p> <p>Relações interprofissionais em contexto de trabalho</p> <p>Circuitos de comunicação e de informação</p> <p>Relação trabalho- família</p> <p>Condições efectivas (tempo, espaço, valorização, ...).</p> <p>Stress profissional.</p>	<p><b>Cobertura:</b></p> <p>Localização dentro do serviço de saúde – distribuição.</p> <p>Combinação de competências</p> <p><b>Competência e qualidade técnica dos cuidados prestados</b></p> <p>Competências</p> <p>Responsabilização</p> <p><b>Capacidade de resposta</b></p> <p>Empenhamento profissional</p> <p>Qualidade dos serviços prestados</p> <p>Continuidade dos cuidados</p> <p><b>Produtividade</b></p> <p>Produtividade e eficiência</p> <p>Resultados de intervenções (qualidade, nível de saúde, resultados)</p> <p>Número de horas de cuidados necessários definidos por valência vs horas de cuidados praticados</p>	<p><b>Migrações:</b></p> <p>Migrações</p> <p><b>Escolha da carreira:</b></p> <p><b>Saúde e Segurança</b></p> <p>Absentismo</p> <p><b>Reforma</b></p>

Síntese das respostas à questão: “De que formas se podem medir esses impactos?”

<b>De que formas se podem medir esses impactos?</b>	<b>Nº De peritos</b>
Análises de eficiência e desempenho dos serviços de saúde utilizando técnicas como <i>Stochastic Frontier Analysis</i> ou <i>Data envelopment analysis</i> ;	1
Estudos de Avaliação Impacto sobre a prática profissional;	1
Inquéritos sobre composição e distribuição da força de trabalho;	1
2 fases: 1ª cenários prováveis; 2ª Probabilidade e magnitude dos efeitos;	1
Modelos matemáticos, econométricos;	1
Opinião de peritos;	1
Relatórios sobre RH;	1
Abordagem prospectiva e retrospectiva;	1
Abordagem multidisciplinar participativa;	1
Consensos (ex: Delphi);	4
Construção de cenários;	2
Questionários de opinião;	1
Elenco de dimensões a avaliar;	1
Análise de custo utilidade, de custo efectividade, de custo-benefício;	1
Pesquisas;	1
Grupos Focais;	2
Medidas de comparação, Benchmark;	1
Medindo a satisfação profissional dos enfermeiros;	1
Avaliar a satisfação dos doentes/utentes com os cuidados de enfermagem;	1
Avaliar a qualidade e quantidade de investigação realizada em contexto de trabalho;	1
Ganhos em saúde com as intervenções de enfermagem;	1
Framework de avaliação com medidas quantitativas e qualitativas.	2

Síntese das respostas à questão: “Quem deve ser consultado numa avaliação de impacto da força de trabalho de enfermagem?”

<b>Quem deve ser consultado numa avaliação de impacto da força de trabalho de enfermagem?</b>	<b>Nº De peritos</b>
Supervisores	1
Família/pessoas próximos (na perspectiva da relação trabalho-família)	1
Pagadores/ Financiadores: segurança social, seguros de saúde, instituições privadas	1
Economistas da saúde	1
Associações de outros profissionais de saúde	1
Finanças	1
Escolas de enfermagem	2
Entidades empregadoras (sector publico, sector privado, centros de saúde...)	2
Os elementos das equipas de saúde	3
Decisores políticos	5
Associações que representam os enfermeiros (Sindicatos e ordem);	6
Os utentes/ doentes/ associações de doentes/associações de consumidores	6
Enfermeiros	7
Os gestores de saúde (unidades de saúde, de recursos humanos...)	8

### Anexo III – Matriz de análise dos impactos após consulta de 1º grupo de Informadores chave

Dimension	Questions about potential effects of the policy under study: these can be broken down into the specific components of the policy	Indicators <sup>32</sup>	Sources <sup>33</sup>	Score/Comments <sup>34</sup>
<b>Entry</b>				
<p><i>Planning</i>: refers to the production of adequate level of health care workers, and the factor that contribute to that (numerus clausus, education costs, use of technologies that facilitate distance education, human resources strategy, human resources information system ...).</p>	<p>Does the policy component:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>...affect access to public/private education programs?</li> <li>...affect access to specialized education?</li> <li>...affect access to continuing education?</li> <li>...affect the cost of studies?</li> <li>...affect the workforce composition?</li> <li>...affect the capacity of production?</li> <li>...attract national/foreign applicants?</li> <li>...contribute to the development of an information system about the HW?</li> <li>...contribute to the development of HW planning?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Available places before/ after (basic education)</li> <li>Available places before/ after (specialized education)</li> <li>Applicants/ places ratio (basic education)</li> <li>Applicants/ places ratio (specialized education)</li> <li>% of workers doing continuing education per year (or number of hours completed)</li> <li>Costs of education before/after</li> <li>Population/ category of health worker</li> <li>Nurse/physician ratio</li> <li>general practitioner/ specialist ratio</li> <li>Distribution by sex for each category of workers</li> <li>Foreign/national applicants ratio</li> </ul>		

<sup>32</sup> A glossary of indicators will be added.

<sup>33</sup> Exact sources for each indicator should be identified.

<sup>34</sup> A scale can be constructed to score the importance of the impact on the analysed dimension, for example from No impact Minor impact, Moderate impact, High impact, Very High impact. Comments should be added to explain the scoring.

		Ratio of national/foreign entrants Description of information bases Description of planning process		
<i>Education/Re-training</i> : refers to the effects on quality of education provided and factors that influence it. (accreditation and professional regulation - licensing, certification or registration)	Does the policy component: ...reduce student attrition rates? ...affect the availability of skilled teachers? ...affect the quality of education? ...promote the return of non-practicing health workers? ...promote the return of workers who had emigrated?	Student attrition rates Teacher/student ratio (Full-time equivalent) Levels of education of educators (n. with MSc, PhD or equivalent) Quality assurance, accreditation results N° of re-entrants		
<i>Recruitment</i> : refers to the effects on the capability of getting the right workers in the right place, in the right time.	Does the policy component: ...affect the entry of new workers in the health labor market? ...affect the entry of foreign workers in the health labor market? ...improve the geographical distribution of workers	% of graduates entering national health labor market % of graduates leaving the sector % of graduates immigrating N. of new immigrant workers registered, employed/year Population/ category of worker per region (district or whatever unit available)		
<b>Development of the workforce</b>				
<i>Retention</i> : refers to the effects on the capability of the health system to retain its qualified workers.	Does the policy component: ... affect attrition of health workers? ...facilitate the retention of qualified providers? ...raise attractiveness to careers where there is critical scarcity?	Attrition rates Turnover rates Length of individual careers Population/ category of worker understaffed ratio Professional satisfaction Intention to leave/stay		

<i>Supervision/ management:</i> refers to effects on overall performance, organizational climate and practices, including supervision, and monitoring, professional regulation.	Does the policy component: ...affect employers' rights and obligations? ...have effects on labor relations? ...bring minimum employment standards across the EU?	Absenteeism rates by cause Days lost to strikes Occupational satisfaction levels Users satisfaction levels N° of sanctioned by Professional councils		
<i>Compensation:</i> refers to effects on remuneration, monetary and non-monetary benefits and incentives.	Does the policy component: ...have effects on the real wage level? ...have effects on existing benefits and incentives? ...introduce new benefits and incentives? With what effects?	Wage levels in real terms Benefits in real terms Remuneration level to comparable occupations. Non monetary incentives (Career progress)		
<i>System support:</i> effects on available tools and working environment.	Does the policy component: ...affect the family life of workers? ...have effects on the workload? ...affect workers' health and safety? ...affect adaptation to change?	Workload indicators in function of the specific type of work Occupation health and safety indicators Introduction of new technologies (n. of computers, information systems, telemedicine)		
<b>Performance of the workforce</b>				
<i>Productivity:</i> achieving increased output from the current "input" of health workforce, with no commensurate reduction in quality of care provided (Buchan, 2005)	Does the policy component: ... affect productivity?	N. of services/worker N. of hours worked Waiting lists		
<i>Coverage:</i> distribution of the workers with adequate skills within the health services, and population	Does the policy component: ...affect the availability of workers for the whole spectrum of services?	Waiting lists Unmet needs Population with access to a family practitioner		
<i>Technical quality:</i> effectiveness of	Does policy component:	Nosocomial infections		

services relative to the context in which workers practice.	...contribute to the production of services that have a positive effect on health of users?	rates Errors rates Sanctions by professional body Accreditation results		
<i>Responsiveness</i> : refers to the way that patients are treated by the health workers.	Does the policy component: ...contribute to the production of services that have a positive effect on users' satisfaction? ...help develop/improve codes of conduct? ...improve the workforce's capacity to adapt to social and cultural characteristics of the users?	Users' satisfaction rates Complaints rates Accreditation results New rules of conduct Number of workers speaking other languages		
<b>Exit</b>				
<i>Emigration</i> : exit of qualified health workers to other countries	Does the policy component: ...affect the number of health workers moving to another country?	N. of workers leaving the country/year Intentions to leave among students		
<i>Attrition</i> : losses due to health problems, death, temporary exit of the market, resignation, professional sanction, and other causes	Does the policy component: ...have effects on the health of workers? ...affect early exit of the market? ...	Mortality/ Morbidity rates by age and by cause N. of leavers N. of workers sanctioned (suspension, exclusion, dismissal)		
<i>Retirement</i> : planned exit of the labor market	Does the policy component: ...affect retirement age? ...facilitate the reentry of retired professionals?	Average retirement age % of retirees in employment		
<b>Others</b>				
<i>Economic</i>	Does the policy component: ...affect expenditures on personnel? ...affect health public expenditures? ...affect total private expenditures? ...affect total health expenditures? ...is it economically sustainable?	% of health budget to personnel % of public/private expenditures Total health budget		
<i>Legal...</i>				

## Anexo IV – Matriz de análise dos Impactos após consulta de 2º Grupo

Dimensões	Questões sobre potenciais efeitos do processo de Bolonha em Portugal	Pontuação <sup>35</sup>	Direcção do efeito <sup>36</sup>	Indicadores de monitorização e avaliação	Pontuação <sup>37</sup>	Comentários <sup>38</sup>
<b>Entrada</b>						
<i>Planeamento:</i> refere-se à produção de um nível adequado de trabalhadores de saúde e aos factores que contribuem para isso (numerus clausus, custos com educação, uso de tecnologias que facilitam educação à distancia, estratégia de recursos humanos, sistemas de informação de recursos humanos...). Peso económico dos programas de treino: empréstimos a estudantes, fundos de emergência, as bolsas.	A política tem efeitos no(a):			Vagas disponíveis antes/depois (educação básica);		
	...acesso aos programas de educação público/ privado?			Rácio de candidatos/Vagas (educação básica)		
	...acesso a programas de educação especializada?			Vagas disponíveis antes/depois (educação especializada);		
				Rácio de candidatos/Vagas (educação especializada)		
	...acesso a formação continua?			% de trabalhadores que fazem formação continua (ou número de horas completas)		
	...custos com a formação?			Custos com educação antes/depois		
	...Oferta/composição da força de trabalho?			Rácio de trabalhador de saúde (por categoria profissional)/população;		
				Rácio de enfermeiros/médico;		
				Rácio de especialistas/ generalistas;		
				Distribuição dos trabalhadores de saúde (por categoria profissional) por sexo		
...atrair de candidatos estrangeiros/nacionais?			Rácio de candidatos estrangeiros/ nacionais			
			Rácio de entradas nacionais/estrangeiros			

<sup>35</sup> Responder a cada pergunta de acordo com a escala de pontuação do impacto potencial da política com valores (inteiros) entre: 0 - Nenhum Impacto e 5 - Impacto Elevado.

<sup>36</sup> Refira se o impacto esperado seria positivo (+) ou negativo (-).

<sup>37</sup> Atribuir uma pontuação a cada indicador proposto de acordo com a escala de importância para a monitorização e avaliação do impacto da política com valores (inteiros) entre: 0 - Nenhuma e 5 - Elevada.

<sup>38</sup> Descrever ou exemplificar o efeito esperado e/ou acrescentar outras questões e indicadores a incluir sobre o impacto da política na dimensão correspondente.

	...desenvolvimento de um sistema de informação em Recursos Humanos de Saúde?			Descrição das bases de informação.		
	...desenvolvimento do planeamento da força de trabalho em saúde?			Descrição do processo de planeamento		
<i>Educação/ re-treinamento:</i> refere-se aos efeitos na qualidade da educação providenciada e a factores que a influenciam (acreditação, regulação profissional, licenciamento, certificação). Educação / consultoria / aconselhamento / supervisão de estudantes	A política tem efeitos no(a):					
	...taxas de atrição/abandono dos estudantes?			Taxas de atrição/abandono dos estudantes.		
	...qualidade da educação?			Rácio de estudantes por professor.		
				Nível de educação dos professores (nº com mestrado, doutoramento ou equivalente);		
				Acreditação e auditorias da qualidade;		
	...retorno de ex-trabalhadores de saúde?			Nº de re-entradas		
...retorno de trabalhadores que emigraram?			Nº de re-entradas			
<i>Recrutamento:</i> refere-se aos efeitos na capacidade de colocar o trabalhador certo no lugar certo no tempo certo.	A política tem efeitos no(a):					
	...entrada/ saída de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde?			% de graduados a entrar no Mercado de trabalho nacional; % de graduados que deixam o sector		
	...entrada/ saída de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde?			% de graduados que emigram; Número de trabalhadores imigrantes registados por ano.		
	...distribuição geográfica dos trabalhadores?			População/por categoria profissional por região (distrito ou unidade disponível)		
<b>Re-entrada /Reintegração</b>	A política tem efeitos no(a):					
	...número de trabalhadores reformados que voltam a trabalhar?			Número de re-entradas para o sector da saúde		
	...número de trabalhadores que retornam ao sector da saúde?			Número de re-entradas para o sector da saúde		
<b>Desenvolvimento da força de trabalho</b>						
<i>Retenção:</i> Refere-se aos efeitos na capacidade do sistema de saúde de reter os seus trabalhadores qualificados.	A política tem efeitos no(a):					
	...atrição/abandono dos profissionais de saúde?			Taxas de atrição/abandono		
	...retenção de trabalhadores qualificados?			Rotatividade		
	...atractividade das carreiras onde a escassez			Duração das carreiras individuais		

	de cuidadores é crítica?			Rácio população/ categoria de trabalhadores insuficientes		
				Satisfação profissional		
				Intenção de sair/ permanecer no sector/profissão		
<i>Supervisão/gestão:</i> efeitos sobre o desempenho global, práticas e clima organizacional, incluindo a supervisão e monitorização, regulação profissional. Coordenação, gestão dos cuidados / programação / recursos necessários	A política tem efeitos no(a): ...direitos e deveres dos trabalhadores?					
	...relações laborais?			Taxas de absentismo por causa;		
				Dias perdidos por greves		
				Níveis de satisfação laboral;		
	...normas mínimas de emprego na UE?			Satisfação dos utentes;		
				Nº de profissionais punidos pelas ordens profissionais		
				Padronização das normas de Trabalho		
<i>Compensação:</i> refere-se aos efeitos na remuneração, benefícios e incentivos monetários e não monetários.	A política tem efeitos no(a): ...nível de salários?			Nível de salários		
	...benefícios e incentivos existentes?			Benefícios/incentivos		
	...introdução de novos benefícios e incentivos?			Nível de remunerações entre profissões comparáveis		
	...condições de trabalho?			Incentivos monetários e não monetários (ex: progressão na carreira)		
				Alteração do ambiente físico		
<i>Apoio sistémico:</i> efeitos nas ferramentas disponíveis e no ambiente de trabalho, incluindo violência e agressões para com o pessoal.	A política tem efeitos no(a): ...vida familiar dos trabalhadores?					
	...carga de trabalho?			Indicadores de carga de trabalho		
	...saúde e segurança dos trabalhadores?			Indicadores de saúde e segurança no trabalho		
	...adaptação à mudança?			Introdução de novas tecnologias (ex: computadores, sistemas de informação, telemedicina...)		
<i>Equidade:</i> medidas laborais para lidar com uma diversidade de assuntos como raça, género, incapacidade/deficiência, religião.	A política tem efeitos no(a): ...salário relativo entre os diferentes profissionais de saúde?			Diferenças salariais dos diferentes profissionais de saúde		
	...tratamento (des)igual dos profissionais de saúde?			Diferenciais observados		
<b>Performance da força de trabalho</b>						

<i>Produtividade:</i> aumentar a produção com a força de trabalho actual, sem a redução proporcional na qualidade dos cuidados prestados. (Buchan, 2005)	A política tem efeitos no(a): ...produtividade?			Nº de actos por trabalhador;		
				Nº de horas de cuidados prestadas;		
				Listas de espera.		
<i>Cobertura:</i> distribuição dos trabalhadores com as competências adequadas pelos serviços de saúde e população.	A política tem efeitos no(a): ...disponibilidade de trabalhadores para todo o espectro de serviços prestados?			Listas de espera.		
				Necessidades não satisfeitas		
				População com profissional de saúde de família de referência		
<i>Competência e qualidade técnica dos cuidados prestados:</i> efectividade dos serviços tendo em conta o contexto de trabalho.	A política tem efeitos no(a): ...produção de serviços com um efeito positivo na saúde dos utilizadores?			Número de quedas		
				Taxas de vacinação		
				Percentagem de úlceras de pressão		
				Número de acidentes com Picadas de agulhas		
				Malnutrição		
				Taxa de suicídio		
				Número de infecções nosocomiais		
				Taxas de Erros/ registos de ocorrências		
				Sanções pelas associações profissionais		
				Resultados de processos de acreditação		
<i>Capacidade de resposta:</i> forma como os doentes e familiares são tratados pelos trabalhadores de saúde.	A política tem efeitos no(a): ...produção de serviços com um efeito positivo na satisfação dos utilizadores?			Taxa de satisfação dos utilizadores;		
				Número de queixas		
				Resultados de acreditação		
	...desenvolvimento de códigos de conduta			Novas regras de conduta		
	...desenvolvimento da capacidade de adaptação às características sociais e culturais dos utilizadores?			Número de trabalhadores que falam outras línguas		
<b>Exit</b>						
<i>Emigração:</i> saída de trabalhadores qualificados para outros países.	A política tem efeitos no(a): ...número de trabalhadores que emigram?			Nº de trabalhadores que emigram por ano		
				Intenção de sair do país dos estudantes		
<i>Atrição/abandono:</i> Perdas	A política tem efeitos no(a):					

devidas a problemas de saúde, morte, saída temporária do mercado de trabalho, sanções profissionais e outras causas.	...saúde dos trabalhadores?			Taxas de Mortalidade/morbilidade dos trabalhadores de saúde por idade por causa		
	...saída precoce de trabalhadores?			Número de profissionais que saem do sector		
				Número de trabalhadores sancionados (suspensos, despedidos)		
<i>Reforma:</i> saída planeada do Mercado de trabalho	A política tem efeitos no(a): ...idade da reforma?			Idade média de reforma		
	...re-entrada de trabalhadores reformados?			Percentagem de reformados empregados		
<b>Outros</b>						
	A política tem efeitos no(a):					
	...despesas com os trabalhadores de saúde?			% do orçamento da saúde gasto com pessoal		
	...despesa publica com o sector da saúde			% despesa publica com o sector		
	...despesa privada no sector da saúde			% despesa privada		
<i>Económicos</i>	...despesa total com o sector da saúde?			Orçamento total para a saúde		
	...na sustentabilidade económica do sector?					
...						

**Pode haver aspectos da força de trabalho em enfermagem que considera importantes mas que não foram incluídos nesta matriz. Por favor, utilize o espaço a seguir para nos falar sobre eles:**

*Análise da matriz:*

**Tempo de preenchimento:**

**Sugestões sobre clareza dos enunciados, formatações utilizadas, informação fornecida:**

## Anexo V – Questionário após pré-teste

O Processo de Bolonha terá potenciais efeitos, na força de trabalho de Enfermagem em Portugal, no(a) :	Classificar o potencial impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho de enfermagem em Portugal de acordo com a seguinte escala de pontuação (Assinalar com X a pontuação): -3: elevado impacto negativo; -2: moderado impacto negativo; -1: reduzido impacto negativo; 0: nenhum impacto; +1: reduzido impacto positivo; +2: moderado impacto positivo; +3: elevado impacto positivo;							Descrever ou exemplificar o efeito esperado
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
1)...acesso aos programas de educação público/ privado?								
2)...acesso a programas de educação especializada, nomeadamente: mestrados, doutoramentos, especialidades?								
3)...acesso a formação continua?								
4)...custos com a formação?								
5)...oferta/composição da força de trabalho?								
6)...atração de candidatos estrangeiros/nacionais?								
7)...desenvolvimento de um sistema de informação em Recursos Humanos de Saúde?								
8)...desenvolvimento do planeamento da força de trabalho em saúde?								
9)...taxas de atrição/abandono dos estudantes?								
10)...qualidade da educação?								
11)...retorno ao ensino de saúde de ex-trabalhadores de saúde?								
12)...retorno de trabalhadores que emigraram?								
13)...entrada de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde?								
14)...saída de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde?								
15)...entrada de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde?								
16)...saída de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde?								

<b>O Processo de Bolonha terá potenciais efeitos, na força de trabalho de Enfermagem em Portugal, no(a) :</b>	<b>Classificar o impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho de enfermagem em Portugal de acordo com a seguinte escala de pontuação (Assinalar com X a pontuação):</b> -3: elevado impacto negativo; -2: moderado impacto negativo; -1: reduzido impacto negativo; 0: nenhum impacto; +1: reduzido impacto positivo; +2: moderado impacto positivo; +3: elevado impacto positivo;							<b>Descrever ou exemplificar o efeito esperado</b>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
17)...distribuição geográfica dos trabalhadores?								
18)...número de trabalhadores reformados que voltam a trabalhar?								
19)...número de trabalhadores que retornam ao sector da saúde?								
20)...atrição/abandono dos profissionais de saúde?								
21)...retenção de trabalhadores qualificados no sector da saúde?								
22)...retenção de trabalhadores qualificados no sector público?								
23)...atractividade das carreiras onde a escassez de cuidadores é crítica?								
24)...direitos e deveres dos trabalhadores?								
25)...relações laborais?								
26)...normas mínimas de emprego na UE?								
27)...nível de salários?								
28)...benefícios e incentivos existentes?								
29)...introdução de novos benefícios e incentivos?								
30)...condições de trabalho?								
31)...vida familiar dos trabalhadores?								
32)...carga de trabalho?								
33)...saúde e segurança dos trabalhadores?								
34)... adaptação à mudança?								
35)...nas diferenças salariais dos diferentes profissionais de saúde?								
36)...oportunidades de desenvolvimento dos profissionais de saúde?								

<b>O Processo de Bolonha terá potenciais efeitos, na força de trabalho de Enfermagem em Portugal, no(a) :</b>	<b>Classificar o impacto do Processo de Bolonha na força de trabalho de enfermagem em Portugal de acordo com a seguinte escala de pontuação (Assinalar com X a pontuação):</b> -3: elevado impacto negativo; -2: moderado impacto negativo; -1: reduzido impacto negativo; 0: nenhum impacto; +1: reduzido impacto positivo; +2: moderado impacto positivo; +3: elevado impacto positivo;							<b>Descrever ou exemplificar o efeito esperado</b>
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	
37)...tratamento (des)igual dos profissionais de saúde por outros profissionais de saúde/ sistema de saúde/ utentes?								
38)...produtividade?								
39)...disponibilidade de trabalhadores para todo o espectro de serviços prestados?								
40)...produção de serviços com um efeito positivo na saúde dos utilizadores?								
41)...produção de serviços com um efeito positivo na satisfação dos utilizadores?								
42)...desenvolvimento de códigos de conduta								
43)...capacidade de adaptação às características sociais e culturais dos utilizadores?								
44)...número de trabalhadores que emigram?								
45)...saúde dos trabalhadores?								
46)...saída precoce de trabalhadores do mercado de trabalho?								
47)...idade da reforma?								
48)...número de trabalhadores que solicitam reforma antecipada?								
49)...despesas com os trabalhadores de saúde?								
50)...despesa pública com o sector da saúde								
51)...despesa privada no sector da saúde								
52)...despesa total com o sector da saúde?								
53)...na sustentabilidade económica do sector?								
Outros:								

**Pode haver aspectos da força de trabalho em enfermagem que considera importantes mas que não foram incluídos nesta matriz. Por favor, utilize o espaço a seguir para nos falar sobre eles:**

--

**Com base na informação descrita na matriz descreva recomendações para maximizar os efeitos positivos:**

--

**Com base na informação descrita na matriz descreva recomendações para minimizar os efeitos negativos:**

--

<b>Informação individual:</b> (assinalar com X a resposta adequada)									
<b>Sexo:</b>		Feminino		<b>Número de anos de exercício como enfermeiro: __</b>					
Masculino									
<b>Local de trabalho:</b> Escola			Hospital		Centro de saúde		Outro		
<b>Área de Actuação:</b> Consultoria			Formação		Gestão	Investigação		Prestação de cuidados	Outra
<b>Título profissional:</b> Enfermeiro Especialista				Enfermeiro		Estudante			

**Anexo VI – Grupo de peritos convidados para o “*Policy Dialogue on the planning for a well-skilled nursing and social care workforce in the European Union*”**

Venice, 12 May 2009  
Palazzo Cavalli Franchetti

<b>Country</b>	<b>Affiliation</b>
Belgium	DG SANCO
Italy	Veneto Region
Italy	Training HRH Veneto Region
Belgium	EHMA
United Kingdom	Queen Margaret University
Italy	Researcher on Nursing – Verona University
Portugal	Instituto de Higiene e medicina Tropical
Hungary	Semmelweis University Health Services Management Training Centre
United Kingdom	University of Southampton School of Health Sciences
Italy	HRH Ministry of Health
Belgium	European Commission
Germany	Deutsche Krankenhausgesellschaft
Italy	Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali
Belgium	European Observatory on Health Systems and Policies
United Kingdom	King’s College London
Lithuania	Kaunas University of Medicine
Belgium	European Observatory on Health Systems and Policies
Belgium	European Observatory on Health Systems and Policies
Portugal	IHMT
Portugal	ESEnfC
Italy	Secretary General for Health and Social Services of Veneto Region
Italy	Regional Health Minister of Veneto Region
Italy	President of the Venice Nurses Association
Belgium	Catholic University Leuven
Denmark	WHO EURO
Italy	Veneto Nurse Association
Switzerland	International Labour Organization
Belgium	European Observatory on Health Systems and Policies
Switzerland	World Health Organization

## **Anexo XVII - Enfermeiros e representantes contactados para o Processo de Bolonha**

**4 Enfermeiros autores de 2 relatórios sobre a implementação do processo de Bolonha na Enfermagem em Portugal.**

**AEPOT – Associação dos Enfermeiros Portugueses de Ortopedia e Traumatologia**  
[aenfermeirospt@gmail.com](mailto:aenfermeirospt@gmail.com)

**Sociedade Científica para a Inovação e Liderança em Enfermagem**  
[inovaenfermagem@gmail.com](mailto:inovaenfermagem@gmail.com)

**APEG – Associação Portuguesa de Enfermagem Gerontogeriatrica**  
[geral@apeg.pt](mailto:geral@apeg.pt)

**Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários**  
[apecsp08@gmail.com](mailto:apecsp08@gmail.com)

**Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE)**  
[apenfermeiros@gmail.com](mailto:apenfermeiros@gmail.com)

**Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urologia**  
[f.a.f.roque@gmail.com](mailto:f.a.f.roque@gmail.com)

**Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)**  
[aesop@aesop-enfermeiros.org](mailto:aesop@aesop-enfermeiros.org)

**Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (APEEER)**  
[apenfreabilitacao@gmail.com](mailto:apenfreabilitacao@gmail.com)

**Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras – APEO**  
[apeo@apeobstetras.org](mailto:apeo@apeobstetras.org); [apeo.secretariado@apeobstetras.org](mailto:apeo.secretariado@apeobstetras.org)

**Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplante (APEDT)**  
[presidente@apedt.pt](mailto:presidente@apedt.pt); [geral@apedt.pt](mailto:geral@apedt.pt)

**Associação para o Desenvolvimento da Enfermagem do Norte Alentejano (ADENA);**  
[adennalentejo@gmail.com](mailto:adennalentejo@gmail.com)

**Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde**  
[informacao@aceps.pt](mailto:informacao@aceps.pt)

**Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança**  
[apegest@gmail.com](mailto:apegest@gmail.com)

**AEOP - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa**  
[secretariado@aeop.net](mailto:secretariado@aeop.net)

**Associação Portuguesa de Enfermeiros Emergência Pré-Hospitalar**  
[apeepeh@gmail.com](mailto:apeepeh@gmail.com)

**Associação Contemporânea de Enfermagem Neurocirúrgica**  
[acen.hsj@gmail.com](mailto:acen.hsj@gmail.com)

**Associação nacional de enfermeiros de Endoscopia digestiva**  
[aneed.geral@gmail.com](mailto:aneed.geral@gmail.com)

**Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**  
[dir@spesm.org](mailto:dir@spesm.org)

**Ordem dos enfermeiros:**  
[maugusta@ordemenfermeiros.pt](mailto:maugusta@ordemenfermeiros.pt)

**Sindicato dos Enfermeiros:**  
[info@enfermeiros.pt](mailto:info@enfermeiros.pt)

**Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem**  
[geral@enfermeiros-sipe.com](mailto:geral@enfermeiros-sipe.com)

**Sindicato dos Enfermeiros da Região Autónoma da Madeira**  
[seram@mail.telepac.pt](mailto:seram@mail.telepac.pt)

**Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**  
[guadalupe@sep.pt](mailto:guadalupe@sep.pt)

**Associações de Estudantes de Enfermagem:**

*Unidade de Ensino de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa*

*ESE Sr<sup>a</sup> Maria*

*ESE São Francisco das Misericórdias*

*ESECG - Braga*

*ESE Lisboa*

*ESEnf Porto*

*ESEnfCoimbra*

*ESEnfPonta Delgada*

*ESEnfViana do Castelo*

*ESS Egas Moniz*

*ESS Setúbal*

*ESSCruz Vermelha Portuguesa*

*ESSGuarda*

*ESSLeiria*

*ESSPortalegre*

*ESSViseu*

*NE AAESSVA - V.N. Famalicão*

*F.N.A.E.E.*

**Docentes de Enfermagem:**

*1 Enfermeiro Doutorado em Enfermagem*

*3 Enfermeiros Doutoraoso em Ciências da Educação*

*2 Enfermeiros Doutorados em Filosofia*

*1 Enfermeiro Doutorado em Psicologia Social e das Organizações*

*1 Enfermeiro Doutorado em Sociologia da Educação*

*1 Enfermeiro Mestre em Educação e Doutorando em Ciências da Enfermagem*

*2 Enfermeiros Doutorados em Ciências da Enfermagem*

## Anexo VIII – Resultados da aplicação do Questionário

### O Processo de Bolonha terá potenciais efeitos, na força de trabalho de Enfermagem em Portugal, no(a):

Resumo das respostas para a subdimensão Planeamento

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 1	0	0	0	11	3	4	0
Pergunta 2	1	0	1	3	3	7	3
Pergunta 3	0	0	0	5	6	6	1
Pergunta 4	0	8	4	3	1	2	0
Pergunta 5	1	1	2	9	3	0	1
Pergunta 6	1	2	2	4	4	4	1
Pergunta 7	0	0	0	11	3	2	2
Pergunta 8	0	1	0	11	4	2	0
Total	3	12	9	57	27	27	8

1) ...acesso aos programas de educação público/ privado?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Com o novo Modelo de desenvolvimento profissional, quer inicial quer para a formação especializada os impactos negativos, neste aspecto, não existem (resp3)  Com o elevado número de Escolas Superiores de Enfermagem, o acesso aos programas de educação nunca fica comprometido (resp8)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	A ênfase na formação ao longo da vida e do reconhecimento/certificação de competências poderá motivar para ao aumento/diversificação da procura de formação (resp4)  No médio/ longo prazo poderá vir a reduzir a procura, o que sendo positivo, no sentido da regulação da qualidade da oferta formativa poderá ser indicativo de menor interesse profissão, como se poderá ver adiante (resp15)
Moderado impacto positivo	3 (16,7%)	O PB vem operacionalizar no sistema educativo português, um conjunto de medidas que facilitam o acesso de novos públicos às IES (resp9)

2) ...acesso a programas de educação especializada, nomeadamente: mestrados, doutoramentos, especialidades?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	3 (16,7%)	O PB associado à alteração da lei de Bases do Ensino veio possibilitar ao Ensino Politécnico a realização de cursos de mestrado, relevando-se na actualidade a concretização de cursos de 2º ciclo (mestrados) com especialização do conhecimento profissional – integrando as especialidades (resp9) Passou a ser possível (resp11)
Moderado impacto positivo	7 (38,9%)	Os programas de formação especializada estão a ser transformados em Mestrados (resp2)  Pela redução do tempo previsto para o terceiro ciclo de formação e pelo alargamento da oferta (resp4)  Pode ter um efeito positivo na procura de prolongamento dos estudos pela necessidade de se afirmarem num mercado competitivo e pela desvalorização dos diplomas de 1º ciclo, mas a médio prazo (resp17)
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	Os enfermeiros têm sempre procurado este tipo de programas (resp.15)
Nenhum impacto	3 (16,7%)	
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	Este acesso está gravemente comprometido visto a ainda não total adequação do Ensino Superior de Enfermagem ao Ensino Universitário mantendo-se no Politécnico o que inibe o acesso ao 2ºCiclo e os mestrados fazem-se via parceria com Universidades (resp 8)

3) ... no acesso a formação continua?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Nenhum impacto	5 (27,8%)	Esta matéria está regulamentada na Carreira de Enfermagem (resp3)
Reduzido impacto positivo	6 (33,3%)	Diversidade de oferta com possibilidade de creditação de ECTS em diferentes planos formativos (resp4)  Sim, os ECTS vieram facilitar e permitir o reinvestimento da nossa formação (resp8)  Talvez se verifique um incremento (resp11)  Melhor se fosse modular e de livre escolha (resp14)
Moderado impacto positivo	6 (33,3%)	Há uma tradição de prolongamento dos estudos entre os enfermeiros cuja possibilidade de ser associada a graus

		académicos pode eventualmente sair reforçada (resp17) A abertura das IES a novos públicos e à possibilidade de organização e desenvolvimento de cursos de especialização, promove a procura (resp9)
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	

#### 4) ...nos custos com a formação?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	Dificuldade em identificar os custos reais com a formação, na medida em que ao contrário senso comum de que os custos com a formação serão menores, o trabalho docente aumenta, se promovermos adequadamente a centralidade do estudante no processo (resp9)
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	
Nenhum impacto	3 (16,7%)	
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	Os custos elevam-se visto que a Enfermagem com Bolonha exige cada vez mais uma Formação cada vez mais superior como os mestrados e doutoramentos (resp8)  Se aumentar o necessidade de mais formação para o exercício (resp 14)
Moderado impacto negativo	8 (44,4%)	A formação especializada há alguns anos era financiada pelo Estado e agora está a deixar de ser (resp2)  A frequência da formação posterior ao 1º ciclo fica exclusivamente dependente da capacidade do estudante ou dos apoios que consiga mobilizar (resp4)  Há um evidente agravamento dos custos com a formação cujo 2º ciclo deixou de ser financiado (resp17)  Os estudantes de enfermagem fazem um curso de 4 anos, considerado de 1º ciclo, sendo-lhes reconhecido apenas o grau académico de licenciado. Assim ao invés de outras profissões reguladas da saúde e da educação, vão continuar a financiar a sua formação ao nível do 2º ciclo (resp15)

#### 5) ...oferta/composição da força de trabalho?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
---------------------	--------	-------------

Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	
Nenhum impacto	9 (50,0)	
Reduzido impacto negativo	2 (11,1%)	A aparente diversidade de modelos de formação na rede do ensino superior de enfermagem, implica a necessidade de avaliação da qualidade, nomeadamente na oferta privada (resp9)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	A não ser corrigida a situação do ponto anterior. Poderá vir a ter reflexos na arquitectura das profissões reguladas da saúde e na sua regulação laboral (resp15)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	O acesso à profissão estará dependente de uma qualificação ao nível do primeiro ciclo. Nesse sentido há uma desvalorização social do trabalho dos enfermeiros por comparação inter-profissional (resp4)
Sem resposta	1 (5,6%)	Há uma desvalorização da licenciatura em enfermagem que ao corresponder ao primeiro ciclo fica em desvantagem face às outras profissões. A oferta já é superior à procura (resp17)

6) ...atração de candidatos estrangeiros/nacionais?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	
Moderado impacto positivo	4 (22,4%)	Decorre do reconhecimento da formação no espaço europeu, das possibilidades oferecidas pelo sistema e pela utilização do Suplemento ao Diploma (resp4) Facilidade na mobilidade na Europa (resp11)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	A maior duração do 1º ciclo em Portugal pode ter efeitos paradoxais na atracção de candidatos estrangeiros: negativos e positivos (rep17)
Nenhum impacto	4(22,2%)	Os candidatos estrangeiros poderão sentir-se atraídos a realizar o curso em Portugal visto termos vasta experiência e, com a uniformização dos planos e ECTS, chegarem ao seu país com mais competências (resp8) Embora os instrumentos de comparabilidade apontem para facilitar esta atracção, há grandes diferenças entre os níveis de formação em Enfermagem nos diversos Países Europeus (resp2)
Reduzido impacto negativo	2 (11,1%)	

Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	Considerando a diversidade europeia ainda existente quanto ao número de ECTS, de entre outros factores, não promoveu ainda esta capacidade de atracção de candidatos estrangeiros (resp9)-
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	

7) ...no desenvolvimento de um sistema de informação em Recursos Humanos de Saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	2 (11,1%)	
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	Potencialmente muito interessante. Não conheço no terreno iniciativas neste sentido. Seria muito importante, e disso temos dado nota aos diferente agentes políticos, uma acção coordenada entre MS e MCTES (resp15) Internacional (resp14)
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Não vejo como Bolonha possa contribuir para o desenvolvimento de um sistema de informação (resp17)

8) ...no desenvolvimento do planeamento da força de trabalho em saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	Potencialmente muito interessante. Não conheço no terreno, iniciativas neste sentido. Seria muito importante, e disso temos dado nota aos diferentes agentes políticos, uma acção coordenada entre MS e MCTES (resp15)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Em Portugal, no caso da enfermagem, para mim esse aspecto não estará clarificado enquanto não operacionalizar e de facto implementar o Modelo de Desenvolvimento Profissional. Aí se poderá articular Bolonha com a formação e avaliar o seu impacto (resp4) Não vejo como Bolonha possa contribuir para o desenvolvimento do planeamento. A estratificação em diferentes graus académicos já existia. O planeamento em si pode ser facilitado pela emergência de outros grupos menos qualificados que facilitem a estratificação do trabalho contribuindo para reduzir as despesas (resp17)

Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	
---------------------------	----------	--

Resumo das respostas para a subdimensão “Educação/re-treinamento”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 9	0	1	4	11	1	1	0
Pergunta 10	0	5	5	1	4	3	0
Pergunta 11	1	0	1	7	6	2	1
Pergunta 12	1	1	3	8	4	1	0
Total	2	7	13	27	15	7	1

9) ... nas taxas de atrição/abandono dos estudantes?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	Maiores possibilidades de transferência/re-ingresso com obrigatoriedade de reconhecimento do percurso já realizado (resp4)
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Não possuindo informação objectiva e sistematizada sobre esta matéria, é uma área a compreender melhor, o sentido que pode ou não ser atribuído ao abandono, relacionado com o processo de autonomização do estudante (resp9)
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	Facilita eventualmente a mudança (rep14)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	Bolonha veio aumentar os problemas em Enfermagem pois levou a uma reestruturação dos planos de estudos das ESE's e consequente perda de fio condutor para alguns estudantes que se reflectiu/pode reflectir em abandono (resp8)

10) ...na qualidade da educação?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	3 (16,7%)	Melhor avaliação (resp11)  A formação orientada para o reforço do papel autónomo do estudante preconizada pelo processo de Bolonha, desde que efectivamente implementada pelas instituições de ensino, vai ao encontro de da finalidade da formação para uma profissão: profissionais autónomos, reflexivos capazes de tomar decisões nas áreas da sua

		competência (resp4) Poderia melhorar a qualidade do ensino se o que se tivesse feito nas escolas não fosse apenas uma operação de cosmética. Pode ser que com o tempo se consiga ir introduzindo mudanças. Bolonha ainda não foi posta em prática no que se refere aos seus pressupostos de formação (resp17)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	O PB introduz nas diferentes medidas de política pública e de forma directa, a qualidade como imperativo, evidenciando as IES Sistemas de Gestão da Qualidade (resp9)  A qualidade poderá melhorar se existirem sistemas de monitorização e acreditação dos cursos (resp2)
Nenhum impacto	1 (5,6%)	
Reduzido impacto negativo	5 (27,8%)	No processo de transição (resp14)  A formação inicial de Enfermagem tem, em Portugal, um exigente objecto de estudo. O facto de a reforma de Bolonha em Portugal ter sido frequentemente reduzida a uma mera métrica de duração e horas de trabalho docente / estudante, não foi, até ao momento, promotor de verdadeiras dinâmicas de qualidade. A permanência da enfermagem no subsistema politécnico e sua colocação no 1º ciclo, como referido atrás, pode efectivamente levar a um impacto negativo (resp15)
Moderado impacto negativo	5 (27,8%)	A adequação a Bolonha ainda necessita de percorrer um grande caminho. (resp8)

#### 11) ...retorno ao ensino de saúde de ex-trabalhadores de saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	Melhor acesso ao ensino superior (resp11)
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	Maiores possibilidades de transferência/re-ingresso com obrigatoriedade de reconhecimento do percurso já realizado (resp4)  Pode de facto tornar-se mais fácil o reconhecimento dos adquiridos (rep15)
Reduzido impacto positivo	6 (33,3%)	
Nenhum impacto	7 (38,9%)	Era uma situação que acontecia ocasionalmente na enfermagem e que não parece ter-se alterado significativamente (resp17)
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	

Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	
--------------------------	----------	--

### 12) ...retorno de trabalhadores que emigraram?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	Melhor mobilidade na Europa (resp11) Dependerá de outras condições (resp15)
Nenhum impacto	8 (44,4%)	Acredito que os trabalhadores não retornem pois Bolonha não veio facilitar esta situação (resp8)  Não me parece dado que o desemprego na enfermagem tem mais feito saírem para o estrangeiro do que regressarem a Portugal (resp17)-
Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	As implicações decorrentes da inexistência de diagnóstico de necessidades de saúde da população portuguesa em cuidados de enfermagem, não assegura a validação de uma constatação empírica relacionada com défice de recursos e um conjunto de medidas de política que não desbloqueia a real operacionalização das actividades previsivelmente necessárias em saúde (resp9)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	

### Resumo das respostas para a subdimensão “Recrutamento”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 13	0	1	4	9	2	1	0
Pergunta 14	1	1	1	11	4	0	0
Pergunta 15	0	1	1	6	5	2	3
Pergunta 16	0	0	0	15	2	0	1
Pergunta 17	0	0	2	12	2	0	2
Total	1	3	8	53	15	3	6

### 13) ...entrada de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	Devido a acesso ao ensino superior facilitado (resp11)

Nenhum impacto	9 (50,0%)	Sem correlação. Já no período pré-Bolonha se avizinhavam os problemas de empregabilidade hoje existentes. Bolonha, a meu ver, tem implicações, para já, apenas no meio académico (resp8)  Dependerá de outras condições (resp15)  Nesta fase não me parece viável nem que entrem nem que saiam enfermeiros do mercado de trabalho por influência directa de Bolonha (resp17)
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	Pela possibilidade de aumento da competição por lugares decorrente de procura de nacionais de outros países do espaço Bolonha (essencialmente extra-UE) (resp4)  A emergência de novos contextos e cuidados a partir das políticas públicas integradas (saúde e social – RCSI), deverá despoletar a necessidade de conhecer melhor a movimentação interna ao grupo profissional dos enfermeiros, considerando o fenómeno do duplo e triplo emprego (resp9)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	
Sem resposta	1	

14) ...saída de trabalhadores no mercado de trabalho da saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	NOS CURSO COM INTERCOMUNICABILIDADE (resp14)
Nenhum impacto	11 (61,1%)	O mercado diz estar cheio de enfermeiros, nos serviços faltam enfermeiros e as derrapagens sucessivas das despesas com a saúde não fazem prever que a curto prazo se verifiquem grandes alterações (resp17)  Sem correlação. Já no período pré-Bolonha se avizinhavam os problemas de empregabilidade hoje existentes. Bolonha, a meu ver, tem implicações, para já, apenas no meio académico (resp8)
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	Pela facilitação de transferência de créditos (resp10)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	Promovido pela facilitação da mobilidade de estudantes, a comparabilidade de cursos e facilitação do reconhecimento dos graus e cursos que garantem o acesso à profissão (resp4)

15) ...entrada de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	3 (16,7%)	Promovido pela facilitação da mobilidade de estudantes, a comparabilidade de cursos e facilitação do reconhecimento dos graus e cursos que garantem o acesso à profissão (resp4) Mobilidade europeia facilitada (resp11)
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	
Reduzido impacto positivo	5(27,8%)	O Sistema de graus legíveis e comparáveis poderá facilitar esta entrada (resp2)
Nenhum impacto	6 (33,3%)	A valorização social dos enfermeiros nos outros países não é muito distinta pelo que a circulação parece estar mais associada à possibilidade de conseguir emprego (resp17) Depende mais da aplicação da Directiva 2005/36/CE (resp15)
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	Potencial aumento (resp10)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	Bolonha, tal como havia descrito acima, veio facilitar a entrada dos trabalhadores estrangeiros no mercado português pois a uniformização dos programas e a má contabilização dos ECTS leva a que muitos cheguem a Portugal com uma certificação de competências equivalente à nossa no papel mas não em termos práticos. A longo prazo poderá reflectir-se num maior investimento por parte das instituições de saúde na formação destes elementos (resp8)

16) ...saída de trabalhadores estrangeiros no mercado de trabalho da saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	Mobilidade europeia facilitada (resp11)
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	
Nenhum impacto	14 (77,8%)	Depende mais da aplicação da Directiva 2005/36/CE (resp15) A valorização social dos enfermeiros nos outros países não é muito distinta pelo que a circulação parece estar mais associada à possibilidade de conseguir emprego (resp17)

17) ...distribuição geográfica dos trabalhadores?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	2 (11,1%)	
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	Se for possível dispersas os locais de formação (por exemplo através de departamentos de formação dos hospitais) (resp14)
Nenhum impacto	12 (66,7%)	
Reduzido impacto negativo	2 (5,6%)	Pode haver tendência para os mais qualificados procurarem os grandes centros urbanos, deixando o interior para os que não estão interessados em prosseguir estudos. As escolas do interior vão ter dificuldade em oferecer o 2º ciclo se não tiverem professores doutorados (resp17)

#### Resumo das respostas para a subdimensão Reentrada/ Reintegração

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 18	0	0	0	17	1	0	0
Pergunta 19	0	0	1	13	4	0	0

#### 18) ... número de trabalhadores reformados que voltam a trabalhar?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Nenhum impacto	17 (94,4%)	Sem efeito esperado, Na realidade portuguesa actual e com o n° existente de diplomados não parece existir pressão para que os reformados retornem ao mercado de trabalho, ou que o Processo de Bolonha venha a implicar alguma mudança nesse estado de coisas (resp4)  Dada a situação geral do país pode haver enfermeiros que se reformem e que regressem ao interior arranjando pequenos trabalhos a nível local fora da área da saúde ou na área da saúde. (resp17)
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	

#### 19) ... número de trabalhadores que retornam ao sector da saúde?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	
Nenhum impacto	13 (72,2%)	

Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	Considerando a actual indefinição quanto a decisões políticas que reconheçam profissional e socialmente os enfermeiros em igualdade com outros grupos profissionais (resp9)
---------------------------	----------	---

#### Resumo das respostas para a subdimensão “Retenção”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 20	0	1	3	12	2	0	0
Pergunta 21	0	2	1	10	3	2	0
Pergunta 22	0	2	3	10	3	0	0
Pergunta 23	0	1	4	9	1	3	0

#### 20) ...atuição/abandono dos profissionais de saúde?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	
Nenhum impacto	12 (66,7%)	
Reduzido impacto negativo	3 (16,7 %)	Apesar não se verificar uma elevada taxa de abandono na profissão, considero que o tipo de competência desenvolvida com a filosofia de Bolonha (maior flexibilidade e autonomia) e o reconhecimento da formação ao longo da vida, possa favorecer uma possível perspectiva de alteração emprego (local ou tipo) se os profissionais não se sentirem recompensados (resp4) Pelo descontentamento que o grupo profissional de enfermagem manifesta na actualidade (resp9)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	Pela facilitação na transferência de créditos (resp10)

#### 21) ...retenção de trabalhadores qualificados no sector da saúde?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	Eventualmente se lhes for reconhecida a competência. (resp17)
Nenhum impacto	10 (55,6%)	
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	Apesar não se verificar uma elevada taxa de abandono na profissão, considero que o tipo de competência desenvolvida com a filosofia de Bolonha (maior flexibilidade e autonomia) e o reconhecimento da formação ao longo da vida,

		possa favorecer uma possível perspectiva de alteração emprego (local ou tipo) se os profissionais não se sentirem recompensados (resp4)
Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	Pela facilitação na transferência de créditos (resp10)  Tendo em consideração as respostas 1 e 4. A verificar-se a menor valorização da formação d1 1º ciclo poderá vir a criar dinâmicas menos atractivas (resp15)

## 22) ...retenção de trabalhadores qualificados no sector público?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	
Nenhum impacto	10 (55,6%)	A tendência não parece ser essa mas tem mais a ver com o sub financiamento do sector publico do que com Bolonha (resp17)
Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	Os princípios da Promoção da Mobilidade ao nível europeu associado a diferenças nas condições de trabalho e de remunerações levará á saída no futuro de quadros mais qualificados (resp2)  Apesar não se verificar uma elevada taxa de abandono na profissão, considero que o tipo de competência desenvolvida com a filosofia de Bolonha (maior flexibilidade e autonomia) e o reconhecimento da formação ao longo da vida, possa favorecer uma possível perspectiva de alteração emprego (local ou tipo) se os profissionais não se sentirem recompensados (resp4)  Verifica-se um desequilíbrio nesta dimensão, na actualidade. O sector público não promove esta retenção (resp9)
Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	Pela facilitação na transferência de créditos (resp10)

## 23) ...atractividade das carreiras onde a escassez de cuidadores é crítica?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	3 (16,7%)	Pode diversificar (resp14)  Bolonha pode favorecer o prosseguimento de estudos e a tendência para as especializações em áreas de escassez de recursos (resp17)

Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	
Nenhum impacto	9 (50,0%)	
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	O facto de a Enfermagem se poder tornar um curso “complicado” poderá levar a uma mudança de perspectiva face a outras oportunidades (resp8) Praticamente não existe atractividade (resp9)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	Tendo em consideração as respostas 1 e 4. A verificar-se a menor valorização da formação d1 1º ciclo poderá vir a criar dinâmicas menos atractivas (resp15)

#### Resumo das respostas para a subdimensão “Supervisão/gestão”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 24	0	1	5	10	2	0	0
Pergunta 25	0	3	4	10	1	0	0
Pergunta 26	0	0	1	4	7	3	3

#### 24) ...direitos e deveres dos trabalhadores?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	A promoção da profissionalidade a partir da especialização do conhecimento, pode ser uma dimensão promotora (resp9)
Nenhum impacto	10 (55,6%)	
Reduzido impacto negativo	5 (27,8%)	A desvalorização do primeiro ciclo no contexto português como acesso ao exercício profissional pode ter como reflexo um aumento do desequilíbrio nos vínculos laborais (resp4) Os trabalhadores têm mais deveres pois necessitam de formação contínua, mas não se perspectivam mais direitos (resp8) Pode contribuir para desqualificar no mercado os profissionais que saem com o primeiro ciclo de Bolonha retirando direitos e desresponsabilizando face aos deveres (resp17)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	

#### 25) ...relações laborais?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários

Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	
Nenhum impacto	10 (55,6%)	
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	<p>A precariedade e a construção de um novo (mas por vezes pouco clarificado) e muito desconhecido pelos enfermeiros, modelo de desenvolvimento profissional (resp9)</p> <p>Tal como estão organizadas e estratificadas as profissões na saúde, as relações laborais tendem a manter-se no registo da cooperação ou da competição na defesa das áreas de actuação dos diferentes grupos na saúde. Bolonha permitia que se pensasse a formação dos profissionais de saúde em conjunto.</p> <p>As relações podem degradar-se como resultado da competição entre pares (resp17)</p>
Moderado impacto negativo	3 (16,7%)	<p>A desvalorização do primeiro ciclo no contexto português como acesso ao exercício profissional pode ter como reflexo um aumento do desequilíbrio nos vínculos laborais</p> <p>(resp4)</p>

#### 26) ...normas mínimas de emprego na UE?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	3 (16,7%)	<p>Forte incremento incrementalmente a nível europeu da formação em enfermagem ao nível superior, e desta se tornar requisito de acesso à profissão. (resp4)</p> <p>Este ponto poderá trazer uma grande vantagem para Portugal pois a nível de competências da profissão destacamo-nos pelo profissionalismo e conhecimentos. (resp8)</p>
Moderado impacto positivo	3 (16,7%)	
Reduzido impacto positivo	7 (38,9%)	<p>Haverá tendência a uniformização europeia ao nível de regulamentação laboral (resp2)</p> <p>A aproximação pela uniformização a partir dos descritores dos diferentes ciclos de formação, pode constituir-se como facilitador (resp9)</p> <p>Partilha de outras situações e obrigatoriedade de cumprimento (resp14)</p> <p>Bolonha pode favorecer o estabelecimento de normas comuns na Europa o que tanto pode ser benéfico para os trabalhadores como tornar-se uma fonte de problemas dada a dificuldade de negociar com instâncias mais distantes (resp17)</p>

Nenhum impacto	4 (22,2%)	
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	

### Resumo das respostas para a subdimensão “Compensação”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 27	1	4	4	9	0	0	0
Pergunta 28	0	0	6	11	1	0	0
Pergunta 29	0	0	3	12	2	1	0
Pergunta 30	1	0	3	11	2	0	0

### 27) ...nível de salários?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Nenhum impacto	9 (50.0%)	
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	A manutenção do 1º ciclo como forma de acesso à profissão ao nível do 2º ciclo enquanto as restantes profissões reguladas (e muitas não reguladas, ex. professores) e não sendo aguda no país a escassez de enfermeiros, o faz pode traduzir-se em dificuldades em negociar salários mais atractivos (resp4)  Maior concorrência/áreas de conhecimento sobrepostas (resp14)
Moderado impacto negativo	4 (22,2%)	As repercussões mais negativas situam-se ao nível da não decisão política, reconhecendo o grau académico de licenciado para a integração na função pública(resp9)  Poderá vir a ter no médio e longo prazo (resp15)  A opção por manter a enfermagem no primeiro ciclo pode fazer recuar o que vinha sendo a tendência de valorização social da profissão desqualificando-a do ponto de vista salarial, como aliás já está a acontecer (resp17)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	Pode efectivamente haver caso seja utilizado a argumentação que a formação de base dos enfermeiros, ainda que seja uma licenciatura, não tem o mesmo valor da licenciatura de outros profissionais cuja opção foi a saída pelo 2º ciclo de Bolonha (resp3)

### 28) ...benefícios e incentivos existentes?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Neste e nos seguintes cinco itens não considero que existam impactos significativos decorrentes do processo de Bolonha. Os impactos no terreno são muito significativos relativamente à precariedade laboral, alterações dos vínculos laborais, sobrecarga de trabalho e implicações dessas alterações na vida quotidiana e familiar dos enfermeiros. Na minha perspectiva estão mais relacionadas com os processos de desregulação existentes, no quadro de uma menor intervenção directa do Estado e no âmbito das alterações de gestão introduzidas (resp4)
Reduzido impacto negativo	6 (33,3%)	Não existem na correspondência com o aumento de responsabilidades (resp9)  Dada a situação geral do país a tendência parece ser a de reduzir benefícios e os incentivos são pontuais ao nível local para quem adere aos projectos de criação de equipas de trabalho com objectivos comuns mas onde o reconhecimento do trabalho dos enfermeiros é pouco valorizado (resp17)

#### 29) ...introdução de novos benefícios e incentivos?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	O facto de Bolonha preconizar (resp8)
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	Tudo depende das políticas de saúde que são cada mais um problema transnacional. Imaginemos que poderia ser positivo na criação de novas formas de projectar a saúde e de premiar iniciativas inovadoras (resp17)
Nenhum impacto	12 (66,7%)	não considero que existam impactos significativos decorrentes do processo de Bolonha. Os impactos no terreno são muito significativos relativamente à precariedade laboral, alterações dos vínculos laborais, sobrecarga de trabalho e implicações dessas alterações na vida quotidiana e familiar dos enfermeiros. Na minha perspectiva estão mais relacionadas com os processos de desregulação existentes, no quadro de uma menor intervenção directa do Estado e no âmbito das alterações de gestão introduzidas (resp4)
Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	Não existem na correspondência com o aumento de responsabilidades (resp9)

		Poderá ser pouco atractivo no médio e longo prazo (resp15)
--	--	--

### 30) ...condições de trabalho?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	Haverá tendência a uniformização europeia ao nível de regulamentação laboral (resp2)
Nenhum impacto	11 (61,1%)	não considero que existam impactos significativos decorrentes do processo de Bolonha. Os impactos no terreno são muito significativos relativamente à precariedade laboral, alterações dos vínculos laborais, sobrecarga de trabalho e implicações dessas alterações na vida quotidiana e familiar dos enfermeiros. Na minha perspectiva estão mais relacionadas com os processos de desregulação existentes, no quadro de uma menor intervenção directa do Estado e no âmbito das alterações de gestão introduzidas (resp4)  Depende mais do modo como são pensadas as políticas de saúde do que das qualificações dos profissionais (resp17)
Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	A interprofissionalidade cada vez mais necessária, não é adequadamente sustentada pelas razões apontadas em 27 (resp9)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	
Sem resposta	1 (5,6%)	

### Resumo das respostas para a subdimensão “Apoio sistémico”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 31	1	1	5	10	1	0	0
Pergunta 32	1	2	4	10	1	0	0
Pergunta 33	0	1	2	12	3	0	0
Pergunta 34	0	0	1	8	6	2	1

### 31) ...vida familiar dos trabalhadores?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	Haverá tendência a uniformização europeia ao nível de regulamentação laboral (resp2)
Nenhum impacto	10	não considero que existam impactos

	(55,6%)	significativos decorrentes do processo de Bolonha. Os impactos no terreno são muito significativos relativamente à precariedade laboral, alterações dos vínculos laborais, sobrecarga de trabalho e implicações dessas alterações na vida quotidiana e familiar dos enfermeiros. Na minha perspectiva estão mais relacionadas com os processos de desregulação existentes, no quadro de uma menor intervenção directa do Estado e no âmbito das alterações de gestão introduzidas (resp4)
Reduzido impacto negativo	5(27,8%)	Aspecto influenciado por outros determinantes (resp15)  A precariedade dos vínculos laborais pode dificultar a vida familiar dos trabalhadores pela instabilidade e insegurança quanto ao emprego (resp17)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	Necessidade de desenvolvimento da supervisão clínica, no sentido de acompanhar os profissionais na acção (resp9)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	

### 32) ...carga de trabalho?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	
Nenhum impacto	10 (55,6%)	não considero que existam impactos significativos decorrentes do processo de Bolonha. Os impactos no terreno são muito significativos relativamente à precariedade laboral, alterações dos vínculos laborais, sobrecarga de trabalho e implicações dessas alterações na vida quotidiana e familiar dos enfermeiros. Na minha perspectiva estão mais relacionadas com os processos de desregulação existentes, no quadro de uma menor intervenção directa do Estado e no âmbito das alterações de gestão introduzidas (resp4)
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	Com a necessidade de maior formação aumentará consequentemente a carga de trabalho (resp8)  Aspecto influenciado por outros determinantes (resp15)  Tende a ser maior dada a política de contenção de despesas. Não me parece um efeito de Bolonha (resp17)
Moderado impacto negativo	2 (11,1)	

Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	
--------------------------	----------	--

### 33) ...saúde e segurança dos trabalhadores?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	Haverá tendência a uniformização europeia ao nível de regulamentação laboral (resp2)
Nenhum impacto	12 (66,7%)	Não me parece ser uma preocupação séria do Ministério da saúde. Parece haver uma preocupação generalizada com estes aspectos por parte dos enfermeiros (resp17)
Reduzido impacto negativo	2 (11,1)	Necessidade de desenvolvimento da supervisão clínica, no sentido de acompanhar os profissionais na acção (resp9) Aspecto influenciado por outros determinantes (resp15)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	

### 34) ... adaptação à mudança?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	O perfil de formação e a flexibilidade de percursos serão favoráveis a uma mais rápida adaptação à mudança. (resp4)
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	Espera-se que a adopção de lógicas de formação baseadas na aquisição de competências possa permitir maiores capacidades de adaptação à mudança (resp2)
Reduzido impacto positivo	6 (33,3%)	Um desenvolvimento curricular assente em competências transversais poderá vir a ter consequências positivas neste âmbito (resp15) Os enfermeiros mudam com relativa frequência de serviços ao longo da vida sem grandes dificuldades com as mudanças. Bolonha não parece interferir muito nesta situação (resp17)
Nenhum impacto	8 (44,4%)	
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	

Resumo das respostas para a subdimensão “Equidade”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 35	2	2	5	8	1	0	0
Pergunta 36	0	0	0	5	4	4	5
Pergunta 37	1	2	5	8	2	0	0

35) ...nas diferenças salariais dos diferentes profissionais de saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	
Nenhum impacto	8 (44,4%)	As reuniões negociais actuais irão ditar o futuro. (resp8)
Reduzido impacto negativo	5 (27,8%)	A interprofissionalidade cada vez mais necessária, não é adequadamente sustentada pelas razões apontadas em 27 (resp9)
Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	O facto de ter feito corresponder a enfermagem e todas as tecnologias ao 1º ciclo vai-se reflectir na diferença salarial face a outros profissionais que saem com o 2º ciclo de Bolonha (resp17)
Elevado impacto negativo	2 (11,1%)	Tendo em conta que as restantes profissões do sector saem pelo 2º ciclo, pode vir a existir uma grande diferencial salarial (resp3)  Perda de poder negocial por via das diferenças de acesso à profissão a nível da qualificação de base (resp4)

36) ...oportunidades de desenvolvimento dos profissionais de saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	5 (27,8%)	Possibilidade aumentada de aceder a diferentes percursos formativos, de efectuar percursos de formação ao longo da vida e de creditar experiências profissionais relevantes (resp4)  Grande contributo para a formação dos profissionais, pois pressiona a investir, cuidado para não ser formação apenas para currículo (resp8)  Melhoria no acesso à formação (resp11)
Moderado impacto positivo	4 (22,2%)	O PB associado à alteração da lei de Bases do Ensino veio possibilitar ao Ensino Politécnico a realização de cursos de mestrado, relevando-se na actualidade a concretização de cursos de 2º

		ciclo (mestrados) com especialização do conhecimento profissional – integrando as especialidades (resp9)  Há, dadas as mudanças na saúde com maior diversificação nas ofertas mais possibilidades de diversificação dos percursos profissionais (resp17)  Se modular obriga os estabelecimentos de ensino superior a alterar algumas regras rígidas (resp14)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	
Nenhum impacto	5 (27,8 %)	

37) ...tratamento (des)igual dos profissionais de saúde por outros profissionais de saúde/ sistema de saúde/ utentes?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	Maior formação levará a um maior respeito pela profissão (resp8)  Em função dos ciclos de Bolonha o que já existia com os antigos graus académicos (resp17)
Nenhum impacto	8 (44,4%)	
Reduzido impacto negativo	5 (27,8%)	A interprofissionalidade cada vez mais necessária, não é adequadamente sustentada pelas razões apontadas em 27 (resp9)
Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	Tendo em conta que as restantes profissões do sector saem pelo 2º ciclo, pode vir a existir uma grande diferencial (resp3)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	

38) ...produtividade?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	Maior competência, melhor gestão, melhores cuidados (resp8)  Maior concorrência (resp14)  Potencialmente se, se verificar uma melhoria na preparação dos profissionais e se for aliada a condições de trabalho adequadas (resp17)
Nenhum impacto	10 (55,6%)	
Reduzido impacto negativo	2 (11,1%)	Não se relacionando directamente com o processo de Bolonha mas com a desmotivação esperada pelas desigualdades prováveis no

		tratamento no seio das equipas de trabalhadores da área da saúde (resp4)
Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	Face ao exposto anteriormente, pode vir a existir uma diminuição da produtividade (resp3)

39) ...disponibilidade de trabalhadores para todo o espectro de serviços prestados?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	Não sei se será para todo o espectro mas a tendência é abrir significativamente esse espectro (resp17)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	Resultado adveniente da formação especializada com maior número de intervenientes e o aprofundamento da reflexividade na acção como instrumento de trabalho dos enfermeiros, cada vez mais generalizado (resp9)
Nenhum impacto	9 (50,0%)	Vai depender da autonomia cedida (resp8)
Moderado impacto negativo	3 (16,7%)	Risco dos serviços prescindirem de trabalhadores com maior nível de qualificação, porque o desempenho esperado não ultrapassa o exigido à formação ao nível do 1º ciclo, e por consequentemente com menores encargos (resp4) Risco evidente (resp14)

40) ...produção de serviços com um efeito positivo na saúde dos utilizadores?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	A competência no mundo de rápidas mudanças é dependente da capacidade de adaptação. A cristalização numa forma de pensar e de agir é contrária à competência. Uma formação realmente centrada em princípios de autonomia forma para esta realidade. (resp4) Crio que tanto pode produzir efeitos positivos na adequação às necessidades como negativos pelo excesso de fragmentação que pode introduzir perdendo-se a visão do todo (resp17)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	Maior competência, melhor gestão, melhores cuidados (resp8) A ênfase colocada na prática baseada na evidência, trará num futuro próximo a capacidade de avaliar impacte dos cuidados nos resultados apresentados pelas pessoas aos mesmos (resp9)
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Terá que ser avaliado (resp14)

Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	
--------------------------	----------	--

#### Resumo das respostas para a subdimensão “Capacidade de Resposta”

	Elevado impacto negativo	Moderado impacto negativo	Reduzido impacto negativo	Nenhum impacto	Reduzido impacto positivo	Moderado impacto positivo	Elevado impacto positivo
Pergunta 41	0	0	1	11	4	2	0
Pergunta 42	0	0	0	9	5	4	0
Pergunta 43	0	0	0	8	7	2	1

#### 41) ...produção de serviços com um efeito positivo na satisfação dos utilizadores?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	A competência no mundo de rápidas mudanças é dependente da capacidade de adaptação. A cristalização numa forma de pensar e de agir é contrária à competência. Uma formação realmente centrada em princípios de autonomia forma para esta realidade. (resp4)  A diversificação das ofertas se for adequada tenderá a aumentar a satisfação (resp17)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	Maior competência, melhor gestão, melhores cuidados (resp8)  Relaciona-se com o nível de informação que o cidadão necessita ver melhorado, no sentido da sua participação no processo de cuidados (resp9)
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Terá que ser avaliado (rep14)
Reduzido impacto negativo	1 (5,6%)	

#### 42) ...desenvolvimento de códigos de conduta

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	4 (22,2%)	A competência no mundo de rápidas mudanças é dependente da capacidade de adaptação. A cristalização numa forma de pensar e de agir é contrária à competência. Uma formação realmente centrada em princípios de autonomia forma para esta realidade. (resp4)  Aumento da formação especializada de forma mais generalizada (resp9)  A maior responsabilização dos trabalhadores obrigará ao desenvolvimento individual de códigos de conduta construídos pelo próprio e

		balizados pelas Ordens Profissionais (resp17)
Reduzido impacto positivo	5(27,8%)	Maior responsabilidade levará a uma necessidade de protocolar e uniformizar (resp8)
Nenhum impacto	9 (50,0%)	

43) ...capacidade de adaptação às características sociais e culturais dos utilizadores?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	A competência no mundo de rápidas mudanças é dependente da capacidade de adaptação. A cristalização numa forma de pensar e de agir é contrária à competência. Uma formação realmente centrada em princípios de autonomia forma para esta realidade. (resp4)
Moderado impacto positivo	2 (11,1%)	Há um maior investimento a nível geral na procura de aceder e compreender as características culturais diversificadas. Os programas de mobilidade podem contribuir para desenvolver essa sensibilidade (resp17)
Reduzido impacto positivo	7 (38,9%)	Melhor conhecimento leva a maior capacidade de adaptação (resp8)  O Multiculturalismo é cada vez mais uma preocupação do grupo profissional dos enfermeiros, essencialmente na compreensão quanto à mobilização de competências culturais e competências científicas não hierarquizadas (resp9)
Nenhum impacto	8 (44,4%)	

44) ...número de trabalhadores que emigram?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	2 (11,1%)	
Moderado impacto positivo	3 (16,7%)	Maior oferta de oportunidades trabalho (rep10)
Reduzido impacto positivo	4 (22,2%)	Havendo mais facilidade no reconhecimento de graus e diplomas na Europa os técnicos mais qualificados poderão emigrar obtendo empregos com mais regalias (resp2)  A mobilidade durante os períodos de formação e as condições sociais e económicas no país, têm promovido esta situação (resp9)  Mobilidade europeia facilitada (resp11)
Nenhum impacto	5 (27,8%)	A emigração não parece ser vivida como uma opção positiva, mas antes como uma dificuldade do país em manter os seus profissionais (resp17)-

Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	No caso dos enfermeiros poderá ser aumentado o fluxo migratório (resp15)
Elevado impacto negativo	1 (5,6%)	Os efeitos positivos de adaptação, o desenvolvimento de autonomia o favorecimento de atitudes empreendedoras, a facilidade comparabilidade de graus e diplomas, conjugados com um acesso actual mais difícil e precário ao mercado de trabalho, vão reforçar a tendência de saída dos profissionais formados (resp4)

#### 45) ...saúde dos trabalhadores?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	2 (11,1%)	
Nenhum impacto	13 (72,2%)	
Reduzido impacto negativo	2 (11,1%)	A adaptação exige necessariamente períodos de incerteza e são stressores importantes (resp4)
Sem resposta	1(5,6%)	O aumento da competitividade pode ter efeitos muito negativos nuns e positivo noutros (resp17)

#### 46) ...saída precoce de trabalhadores do mercado de trabalho?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	3 (16,7%)	É de esperar que a saída de trabalhadores do mercado por desadequação às funções decresça, dado que a formação mais do que formar para um conjunto específico de actividades pretende desenvolver atitudes e competências de ajuste e re-ajuste do estudante/enfermeiro dentro do domínio profissional que exerce (resp4)
Nenhum impacto	10 (55,6%)	
Reduzido impacto negativo	5 (27,8%)	Assiste-se actualmente a este fenómeno (resp9) Eventualmente se a competitividade se tornar excessiva e se estes tiverem alternativas (resp17)

#### 47) ...idade da reforma?

Escala de resposta:	n° (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	É de esperar que a saída de trabalhadores do mercado por desadequação às funções decresça, dado que a formação mais do que formar para um conjunto específico de actividades pretende desenvolver atitudes e competências de ajuste e

		re-ajuste do estudante/enfermeiro dentro do domínio profissional que exerce (resp4)
Nenhum impacto	13 (72,2%)	
Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	

48) ...número de trabalhadores que solicitam reforma antecipada?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Elevado impacto positivo	1 (5,6%)	
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	É de esperar que a saída de trabalhadores do mercado por desadequação às funções decresça, dado que a formação mais do que formar para um conjunto específico de actividades pretende desenvolver atitudes e competências de ajuste e re-ajuste do estudante/enfermeiro dentro do domínio profissional que exerce (resp4)
Nenhum impacto	13 (72,2%)	
Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	Relacionado com alterações na lei geral e na própria carreira (resp9)

49) ...despesas com os trabalhadores de saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	Diminuição dos salários dos enfermeiros terá, conseqüentemente, uma diminuição na despesa (resp3)
Nenhum impacto	13 (72,2%)	
Reduzido impacto negativo	3 (16,7%)	Favorecer uma atitude de adaptação e formação ao longo da vida pode acarretar o aumento dos custos no âmbito da formação. (resp4)  Maior formação dos trabalhadores leva a uma maior despesa quer a nível da formação a ser dada mas também a despesa com o pessoal mais especializado (resp8)  A maior estratificação de trabalhadores na saúde pode permitir poupar nas despesas mas arrisca-se a por em risco a qualidade dos cuidados (resp17)
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	

50) ...despesa publica com o sector da saúde

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	Espera-se que com profissionais mais

		autónomos, capazes de auto-formação, capazes de re-ajuste nas funções que são solicitados a desempenhar, a médio longo prazo, despesas relativas à formação no contexto de trabalho, ou com recrutamento e preparação de novos profissionais possam ser reduzidas (resp4)
Nenhum impacto	10 (55,6%)	
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	<p>Maior formação dos trabalhadores leva a uma maior despesa quer a nível da formação a ser dada mas também a despesa com o pessoal mais especializado (resp8)</p> <p>O aumento da qualificação repercutir-se-à no aumento da despesa (resp9)</p> <p>A crescente tendência de contenção de custos corre o risco de afectar a qualidade da oferta (resp17)</p>
Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	

51) ...despesa privada no sector da saúde

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	Espera-se que com profissionais mais autónomos, capazes de auto-formação, capazes de re-ajuste nas funções que são solicitados a desempenhar, a médio longo prazo, despesas relativas à formação no contexto de trabalho, ou com recrutamento e preparação de novos profissionais possam ser reduzidas (resp4)
Nenhum impacto	13 (72,2%)	
Reduzido impacto negativo	2 (11,1%)	<p>Maior formação dos trabalhadores leva a uma maior despesa quer a nível da formação a ser dada mas também a despesa com o pessoal mais especializado (resp8)</p> <p>Tem sido muito penalizadora do sector público (resp17)</p>
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	

52)...despesa total com o sector da saúde?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Moderado impacto positivo	1 (5,6%)	
Reduzido impacto positivo	1 (5,6%)	Espera-se que com profissionais mais autónomos, capazes de auto-formação, capazes de re-ajuste nas funções que são solicitados a

		desempenhar, a médio longo prazo, despesas relativas à formação no contexto de trabalho, ou com recrutamento e preparação de novos profissionais possam ser reduzidas (resp4)
Nenhum impacto	11 (61,1%)	
Reduzido impacto negativo	4 (22,2%)	<p>Maior formação dos trabalhadores leva a uma maior despesa quer a nível da formação a ser dada mas também a despesa com o pessoal mais especializado (resp8)</p> <p>Mantém-se muito elevada. A contribuição de Bolonha seria a de ajudar estratificar mais a oferta de mão-de-obra e a desvalorizar a menos qualificada. (resp17)</p>
Moderado impacto negativo	1 (5,6%)	

53) ...na sustentabilidade económica do sector?

Escala de resposta:	nº (%)	Comentários
Reduzido impacto positivo	3 (16,7%)	Entre o dever e o haver, e uma vez que os custos da formação inicial não se encontram aqui contabilizados, pelos motivos atrás apresentados (questões 50-53) considero que terá um impacto positivo em termos de sustentabilidade (resp4)
Nenhum impacto	11 (61,1%)	Só se for à custa da criação de mão-de-obra qualificada mas mal remunerada (resp17)
Reduzido impacto negativo	2 (11,1%)	Maior formação dos trabalhadores leva a uma maior despesa quer a nível da formação a ser dada mas também a despesa com o pessoal mais especializado (resp8)
Moderado impacto negativo	2 (11,1%)	A sustentabilidade económica do sector pode ficar mais em causa pela via da diminuição da qualificação dos seus trabalhadores (resp3)

## Anexo IX – Competências do Enfermeiro de cuidados Gerais e descritores do 2º ciclo

Competência	Descritores do 2º ciclo Artigo 15º do DL nº 74/2006 de 24 de Março
<p>21 – "Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como as evidências"</p> <p>86- "Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem..."</p> <p>90 – "Participa em programas de melhoria da qualidade..."</p>	<p>Alínea a)</p> <p>"Permitam ou constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação"</p>
<p>13 – "Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas"</p> <p>24 – "Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados"</p> <p>25 – "Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados"</p> <p>33 – "Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades"</p> <p>56 – "Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente"</p>	<p>Alínea b)</p> <p>"Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares..."</p>
<p>6 – "Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas"</p> <p>23 – "Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas"</p> <p>30 – "Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura"</p> <p>51 – "Revê e reformula o plano de cuidados regularmente..."</p> <p>56 – "Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente"</p> <p>57 – "Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe"</p>	<p>Alínea c)</p> <p>"Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais..."</p>
<p>29 – "Apresenta a informação de forma clara e sucinta"</p> <p>65 – "Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder"</p> <p>94 – "Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas"</p> <p>95 – "Actua como um mentor/tutor eficaz"</p>	<p>Alínea d)</p> <p>"Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios ..."</p>
<p>92 – "Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências"</p> <p>93 – "Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua"</p>	<p>Alínea e)</p> <p>"Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo."</p>

Fonte: DEODATO, S. 2006. (Re)Olhar o enquadramento jurídico do ensino de enfermagem. *Revista Percursos*. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.